



Universidade de Aveiro

Departamento de Educação

2012

**Raquel Patrícia
Santos Relvas**

**Fatores de risco para a sintomatologia depressiva
em jovens adultos**



Universidade de Aveiro

2012

Departamento de Educação

**Raquel Patrícia
Santos Relvas**

**Fatores de risco para a sintomatologia depressiva em
jovens adultos**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Sara Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

o júri

o presidente

Prof. Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira

professora auxiliar com agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Ana Flipa Pimenta

professora assistente, ISPA – Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Socais e da vida

Prof. Doutora Sara Otília Marques Monteiro

professora auxiliar convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

agradecimentos

A realização desta dissertação marca o fim de uma importante etapa da minha vida. Gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram de forma decisiva para sua concretização.

À minha orientadora, Professora Doutora Sara Monteiro pela disponibilidade, colaboração e capacidade de estímulo ao longo de todo o trabalho.

À Dra. Beatriz Silva, pela flexibilidade laboral permitida.

A todos os alunos que voluntariamente participaram neste estudo.

Por último, manifesto um sentido e profundo reconhecimento aos meus pais e ao meu namorado, pelo apoio incondicional fornecido a todos os níveis, que muito contribuíram para a realização deste trabalho.

A todos os que me ajudaram a ser quem sou, que depositaram confiança em mim e para os quais sou uma esperança, resta-me afincadamente não vos desiludir. Muito obrigada...

palavras-chave

Sintomatologia depressiva em estudantes universitários, atitudes disfuncionais, neuroticismo, vulnerabilidade ao stress, pessimismo/otimismo

resumo

O presente estudo pretende analisar a depressão e os fatores de risco para o desenvolvimento desta em Jovens Universitários.

Foi avaliada uma amostra 257 universitários a frequentar diferentes anos do ensino superior. A amostra foi construída por 257 jovens adultos (sendo 64 do sexo masculino e 192 do sexo feminino, variando as idades dos indivíduos entre os 18 e os 47 anos. Estes estudantes universitários foram avaliados em diferentes dimensões, segundo um protocolo constituído pelos respetivos instrumentos. A sintomatologia depressiva foi avaliada através da *BDI-II* (Beck, 1971; versão portuguesa: Ponciano et al., 2004; as atitudes disfuncionais foram avaliadas através da escala *Disfunctional Attitudes Scale* (DAS; Weissman & Beck, 1978; Versão portuguesa: Pinto Gouveia, 1990); a personalidade (extroversão, amabilidade, conscienciosidade, neuroticismo e abertura à experiência) foram avaliados pela escala *NEO-FFI* (Lima & Simões, 2000); a vulnerabilidade ao stress foi avaliada através do *Questionário de Vulnerabilidade ao Stress* (Vaz Serra, 2000) e por fim o otimismo disposicional foi avaliado pela escala *Life Orientation Test Revised* (LOT-R; Scheier, Carver & Bridges, 1994; versão portuguesa: Monteiro, Tavares & Pereira, 2006).

Dos resultados obtidos destacamos que: (a) a sintomatologia depressiva apresenta relações significativas com atitudes disfuncionais, neuroticismo, vulnerabilidade ao stress e pessimismo; e (b) apenas a vulnerabilidade ao stress e o neuroticismo aparecem como preditores da sintomatologia depressiva.

A discussão destes resultados e as respetivas conclusões são feitas à luz de literatura relevante.

Keywords

Depressive symptomatology in college students, dysfunctional attitudes, neuroticism, vulnerability stress, pessimism/ optimism

Abstract

The present study aims to evaluate depressive symptomatology and risk factors associated with it in University Students. We evaluated a sample of 257 students attending different years of higher education. The sample consisted of 257 young adults (64 males and 192 females), with ages between 18 to 47 years. These students were evaluated on different variables, according to a protocol established by the respective instruments. The depressive symptoms were evaluated by BDI-II (Beck, 1971, Portuguese version: Ponciano et al., 2004); dysfunctional attitudes were evaluated through Dysfunctional attitudes scale (DAS, Weissman & Beck, 1978; Portuguese version: Gouveia Pinto, 1990); personality (extraversion, agreeableness, conscientiousness, neuroticism and openness to experience) assessed by NEO-FFI (Lima & Simões, 2000); the vulnerability to stress was evaluated by Questionário de Vulnerabilidade ao Stress (Vaz Serra, 2000); and finally the dispositional optimism was measured by the scale Life Orientation Test Revised (LOT-R, Scheier, Carver & Bridges, 1994; Portuguese version: Monteiro, Tavares & Pereira, 2006).

From the results obtained stands that: (a) depressive symptomatology presents significant connections with dysfunctional behaviors, neuroticism, stress vulnerability and pessimism; (b) only stress vulnerability and neuroticism appear as predictors of depressive symptomatology. The result discussion and conclusions are made based on relevant literature.

ÍNDICE

1.Introdução	1
2. Método	9
2.1 Participantes	9
2.2 Instrumentos de avaliação	11
2.3 Procedimentos	13
3. Resultados	13
4. Discussão	16
Referências bibliográficas	19
Anexos	30

1. Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde prevê-se que no ano 2020 a depressão se tenha convertido na segunda causa de perda de anos de vida saudáveis, apenas ultrapassada pela isquemia coronária (OMS, 2001).

A depressão caracteriza-se pela presença de uma série de manifestações comportamentais, cognitivas, emocionais, motivacionais e somáticas (Sadock & Sadock, 2004). No campo comportamental pode-se observar manifestações como choro, clinofilia, lentidão ou agitação, inibição, dificuldade em comunicar, comportamentos evitantes perante tarefas quotidianas e /ou interações sociais, falta de auto cuidado e higiene pessoal, etc. Na esfera cognitiva, manifestam-se dificuldades de concentração e problemas de memória, ruminações, dificuldade para tomar decisões, pensamentos de conteúdo negativo, ideias de morte, crenças disfuncionais, etc. A nível emocional, manifesta-se através de tristeza, desamparo, desespero, auto desprezo, culpa, frustração, fracasso, vergonha, irritação, aborrecimento, etc. A nível motivacional, anedonia, apatia ou indiferença, desinteresse, falta de força de vontade, etc. No campo somático podem surgir alterações de sono, alterações de apetite e de peso, diminuição do desejo sexual, cansaço, desconforto físico (principalmente, cefaleias e mialgias), prisão de ventre, secura na boca, etc. Mais especificamente no que concerne aos adolescentes e jovens adultos os critérios são os seguintes: (1) irritabilidade e instabilidade; (2) humor deprimido; (3) perda de energia; (4) desmotivação e desinteresse; (5) retardo psicomotor; (6) sentimentos de desesperança e/ou culpa; (7) alterações do sono; (8) isolamento; (9) dificuldade de concentração; (10) prejuízo no desempenho escolar; (11) baixa autoestima; (12) ideação e comportamento suicida; (13) problemas graves do comportamento. Os sintomas depressivos podem apresentar-se através de um quadro polimórfico, acompanhados também de distúrbios psicossomáticos; como alterações do sono, tais como, insónia, sonolência e pesadelos; choro fácil e desmotivação; atitudes de isolamento e agressividade. O critério geral para o diagnóstico de depressão, é que pelo menos cinco destes sintomas estejam presentes a maior parte do tempo durante um período de pelo menos duas semanas e que pelo menos um dos sintomas seja humor deprimido ou perda de interesse (Bahls, 2002).

Segundo o DSM-IV-TR (2002), a Perturbação Depressiva Major é caracterizada por um ou mais episódios depressivos major (isto é, pelo menos duas semanas de humor deprimido ou perda de interesse, acompanhado de pelo menos por quatro sintomas adicionais de depressão).

Embora os critérios para o diagnóstico da depressão, tenham sempre enfatizado sentimentos negativos e de auto depreciação, assim como a presença de alterações cognitivas, as manifestações de sintomas somáticos e os défices de desempenho também são requisitos essenciais para o diagnóstico.

Prevalência depressiva e sintomatologia depressiva

Ao nível da população em geral

A depressão é uma perturbação cada vez mais espalhada nas sociedades consideradas desenvolvidas, ao ponto de ser referida como o *resfriado comum* entre as

perturbações mentais (Taube-Schiff & Lan, 2008). É uma das perturbações psiquiátricas mais frequentes, afetando cerca de 340 milhões de pessoas em todo o mundo (Jané – Llopis, 2006). Estima-se que seja a quarta patologia mais importante no peso das doenças em todo o mundo, a terceira na Europa e tendo em conta o seu ritmo de progressão, prevê-se que será a segunda causa de doença no ano de 2030, apenas ultrapassada pela VIH/SIDA (Mathers & Loncar, 2006). Portugal é o terceiro país dos 15, logo a seguir à Grã-Bretanha e à Itália, com mais casos de morbilidade psiquiátrica geral, com mais incidência no sexo feminino, nos indivíduos com 45 ou mais anos, nos indivíduos casados, divorciados e viúvos, e no grupo dos reformados. A promoção da investigação científica em saúde mental é indissociável da qualidade do bem-estar e saúde mental das populações, sendo recomendável para um país com o atual desenvolvimento de Portugal *“realizar estudos em contextos de atenção primária sobre prevalência, evolução resultados e impacto dos transtornos mentais na comunidade o que parece ser subscrito no documento oficial do Ministério da Saúde, Contributos para um Plano Nacional de Saúde, em que se refere ser desejável a realização de projetos sobre doenças crónicas e particularmente prevalentes e/ou incapacitantes...”* (Gusmão et al., 2005). A depressão tem um elevadíssimo custo económico, social e pessoal, em termos económicos na Europa, o custo total da depressão foi estimado em 118 biliões de euros anuais para o total do continente europeu e representa já a principal causa de incapacidade (Organização Mundial de Saúde; OMS, 2001).

Esta perturbação, não é exclusiva da idade adulta. Um estudo epidemiológico assinalou que afeta cerca de 2% das crianças (Birmaher et al., 1996), e aproximadamente 5,8% dos adolescentes e jovens (Kessler & Walters, 1998), podendo chegar até 8% se nos referirmos à perturbação depressiva major na adolescência (Cheung et al., 2008). Os dados destes estudos alertam para o facto de os jovens se estarem a deprimir cada vez mais e em idades cada vez mais precoces.

Ao nível da população universitária

Um dos grupos mais significativos na juventude é constituído pelos estudantes universitários, que na atualidade, em muitos países, representa um fatia significativa dentro do seu grupo de idade (US Department of Education, 2009). Sendo assim, o início da perturbação depressiva major ocorre tipicamente na faixa de idades dos universitários (Pettit & Joiner, 2006) e de facto os dados indicam que, em geral, a sua saúde é pior do que a dos seus pares não universitários, especialmente no que se refere às perturbações do estado de ânimo (Blanco et al., 2008). As depressões causadas direta ou indiretamente por stress estão a afetar cada vez mais os estudantes portugueses, com particular incidência no final do ensino secundário e início do ensino superior. Segundo Knowles, citado por Tartakovsky (2008) a idade média de início para muitos problemas de saúde mental é a faixa etária típica de faculdade, ou seja, dos 18 a 24 anos. De acordo com Wong *et al.*, (2006), embora na população em geral a transição da adolescência para a idade adulta represente um período de elevado risco de depressão, os jovens que ingressam no ensino superior podem enfrentar novas mudanças sociais e intelectuais que poderão contribuir para um aumento do risco de sofrer de depressão, ansiedade ou *stress* (Pereira, 2009). A elevada frequência de ansiedade e depressão em estudantes universitários está relacionada com fatores sociais, familiares e com *stress académico*. A literatura científica

neste campo tem vindo a mostrar a importância que determinados fatores pessoais e psicossociais têm no aparecimento e desenvolvimento de transtornos psicológicos entre o grupo de estudantes universitários. O contexto familiar revelou-se um indicador marcante do bem-estar emocional e do equilíbrio psicológico do estudante. A relação com os pais, os vínculos familiares, os estilos de educação, (Tavecchio, Thomer & Meeus, 1999; Seibel, & Brad, 2001), (Chase-Lansdale, & Cherlin, 1995; Hall, 2004), a comunicação e a coesão-conflitividade familiar e inter-geracional (Johnson, LaVoie, & Mahoney, 2001; Lee, Su, & Yoshida, 2005), ou a psicopatologia parental prévia (Tan & Rey, 2005; Lizardi, 2004; Klein, Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Olin, 2005; Lewinsohn, Olin & Klein, 2005), são variáveis que se vinculam ao estado de saúde mental dos estudantes universitários e dos jovens em geral.

Além destes fatores familiares, o isolamento afetivo, as dificuldades financeiras, a sobrecarga académica, a pressão para ter êxito, a competição com os pares, a falta de tempo de diversão para conviver com os amigos, as crises amorosas (Tosevski, Milovancevic & Gajic, 2010; Verger et al., 2009), todas estas pressões podem constituir antecedentes para o início de episódios depressivos em estudantes vulneráveis, repercutindo-se sobre o rendimento académico através da alteração da memória e dos processos de aprendizagem (Hysenbegasi, Hass & Rowland, 2005; Hyman, Crisholm, Kessler, Patel & Whiteford, 2006). Os trabalhos realizados para determinar a grandeza epidemiológica deste fenómeno neste grupo, de facto, mostram números muito elevados de depressão, entre 8% e 20% (Dahlin, Joneborg & Runeson, 2005; Pillay, Edwards, Gambu & Dhlomo, 2002; Tomoda, Mori, Kimura, Takahashi & Kitamura, 2000; Vázquez & Blanco, 2008). Também a depressão neste grupo apresenta uma estreita relação com o comportamento suicida, consumo de álcool e outras drogas, abandono dos estudos, perda de produtividade, comportamento antissocial, e desvio do crescimento normal durante este estágio do desenvolvimento humano (Angst, 1996; Kessler, Walters & Forthofer, 1998; Wang et al., 2007; Wells, Klerman, & Deykin, 1987).

Por outro lado o desenvolvimento de habilidades e competências para resolver os problemas quotidianos (D´Zurilla & Sheddy, 1991), as relações positivas com amigos e professores e o enfrentamento eficaz das transições da vida e os *life events* (Rubio, & Lubin, 1986; Edwards, 2001; Friis et al., 2002; Overbeek et al., 2003) destacaram-se como variáveis que diminuem o *stress* e o risco de sofrer uma perturbação psicológica. Outros estudos abordaram o papel que a sobrecarga de trabalho e dos recursos económicos têm sobre a saúde mental e física dos estudantes, indicando- nos que embora tenham um impacto evidente não são tao decisivos como outros fatores que já indicamos, e que, em qualquer caso a sua relação com outras práticas e hábitos como o consumo de álcool ou drogas explicaria em maior grau a sua influência no deterioramento da saúde dos estudantes. (Roberts & Goldgin, 1999; Carney, McNeish & McColl, 2005). Os trabalhos de investigação neste terreno indicam a importância de considerar a influência que determinados hábitos e comportamentos têm sobre o estado de saúde mental e vice-versa. As perturbações de ansiedade e depressão possuem uma co morbilidade elevada com outras perturbações psicológicas e/ou do comportamento, como seja, o consumo aditivo de álcool e drogas. Em muitos casos a ansiedade e a depressão aumentam a probabilidade de surgimento de condutas aditivas altamente prejudiciais para a saúde que acabam por deteriorar as relações sociais. (Valentier, Mounts & Deacon, 2004; Caldwell et al., 2002; Weitzman, 2004; Zimmermann et al., 2003; Lawyer et al., 2002).

Atitudes disfuncionais em Jovens Universitários

Ao longo dos tempos, diversos modelos etiológicos têm sido propostos para tentar explicar de forma consistente o aparecimento e a manutenção de comportamentos depressivos nos seres humanos (Beck, 1967, 1976, Rehm 1977, Seligman, 1975). Todos estes modelos têm o seu aval empírico (Coyne & Gotlib, 1983; Reilly-Harrington, Alloy, Fresco & Whitehouse, 1999) a partir de amostras de pessoas com depressão, mais frequentemente, com sujeitos subclínicamente deprimidos (normalmente estudantes universitários) que são assim classificados de acordo com processos de indução do estado de ânimo deprimido ou da pontuação obtida numa determinada escala ou inventário de depressão (Vázquez, 1986). De acordo com o modelo cognitivo da depressão, Beck (1967, 1976) existem várias estruturas cognitivas específicas que são fundamentais no desenvolvimento da depressão. Para explicar o substrato psicológico da depressão (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) referiram a existência de uma tríade cognitiva composta por padrões responsáveis por uma visão negativa generalizada; os esquemas cognitivos disfuncionais (padrões cognitivos relativamente estáveis que constituem de forma generalizada e regular as interpretações de um determinado conjunto de situações) e erros cognitivos ou distorções (erros sistemáticos no processamento de informações, que são involuntários e mantêm a crença do indivíduo na validade dos seus conceitos negativos, apesar da existência de evidência contrária). Para produzir essas estruturas, o modelo cognitivo de Beck defende que deve haver estruturas pré-existentes que funcionam como um fator de vulnerabilidade e determinam o modo de ativar e processar a informação. Estas estruturas seriam as crenças ou atitudes disfuncionais (omnipotência, aprovação pelos outros e perfeccionismo; imperativos absolutistas; dependência/independência da aprovação pelos outros; cognições adaptativas; realização pelo trabalho e perfeccionismo; enfrentamento adaptativo e autonomia pessoal) cuja existência facilitaria o desenvolvimento de padrões cognitivos depresogénicos (Weissman & Beck, 1978).

Com base nisto, diversos estudos Beck (1963, 1964, 1971); Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh (1961) e de Ward, Beck & Rascoe (1961) atribuíram um papel central às cognições na caracterização geral da depressão. De acordo com o referencial teórico de Beck, as pessoas usam regras e premissas para ajustarem as suas próprias vidas. De acordo com essas regras as pessoas vão interpretar e avaliar-se a si mesmas, aos outros e às situações. Sendo assim, as atitudes disfuncionais são cognições ou regras estruturadas de forma rígida e irrealista que podem conduzir a um desajustamento que se torna fonte de dificuldades adaptativas e consequente sofrimento para a pessoa. A teoria Cognitiva da Depressão de Beck (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) é um modelo unitário que postula que as distorções cognitivas e as atitudes disfuncionais estão na base de todas as depressões. Esta teoria considera que experiências vividas na primeira infância podem levar ao desenvolvimento de crenças e atitudes disfuncionais duradouras. As atitudes estariam assim, associadas ao próprio indivíduo, em relação ao mundo, e ao futuro, representando um quadro no qual o indivíduo interpretaria e organizava de forma negativa, as suas experiências passadas e futuras (Thomas & Altareb, 2012). As atitudes disfuncionais podem estar latentes, ou seja, ser duradouras ao longo de muitos anos, sendo ativadas por circunstâncias stressantes ou acontecimentos de especial significado para o indivíduo (Scott, 1996). Essas atitudes formam um conjunto de crenças que delineiam critérios excessivamente rígidos e perfeccionistas para as avaliações de desempenho pessoal e autoestima (Kuiper & Olinger, 1986). Assim, as atitudes

disfuncionais são consideradas como um fator de risco para a depressão e em conjunto com outros padrões cognitivos desadaptativos, são frequentemente referidas como uma vulnerabilidade cognitiva para a depressão (Alloy, Abrahamson, Wayne & Whitehouse, 1999).

De acordo, com a maioria das teorias cognitivas da depressão, os indivíduos mais vulneráveis à depressão, preservam e supervalorizam negativamente e de forma pessimista a si mesmos, ao seu futuro e ao mundo em geral (Jarrett et al., 2012).

O papel das atitudes disfuncionais é também importante, quando associado à solidão entre os estudantes universitários. Foram investigados por Wilbert & Rupert (1986), 50 voluntários do curso de psicologia (20 do sexo masculino, 30 sexo feminino), que apresentaram elevados valores ao nível da gravidade da solidão, depressão e atitudes disfuncionais. Os resultados mostraram uma forte correlação, entre as atitudes disfuncionais e a solidão. Estudantes solitários têm tendência para desenvolver pensamentos dominados por dúvidas sobre a capacidade de encontrar satisfação em relacionamentos românticos, apresentam constante medo de serem rejeitados pelos outros ou de estes os magoarem a nível sentimental. Alunos solitários experienciam também, elevados níveis ansiedade em encontros interpessoais e consideram-se como indesejáveis para os outros. Geralmente, têm uma avaliação negativa de si mesmos, especialmente a nível social (Wilbert et al., 1986).

Num estudo realizado por Otto et al., (2007), verificou-se que as atitudes disfuncionais eram diferentes em mulheres sem depressão e mulheres que já tinham tido depressão. A partir de uma amostra de 750 jovens mulheres, que não recorreram ao tratamento com TC, verificou-se que as atitudes disfuncionais se poderiam manter estáveis assim como marcar adequadamente a vulnerabilidade. Este padrão de descobertas ressalta a necessidade de compreender as condições em que as avaliações de diferentes conteúdos cognitivos depressivos e processamento de informação podem marcar a vulnerabilidade e diferenciar diferentes padrões no curso da doença (Jarrett et al., 2012).

A abordagem realizada por (Clark & Beck, 1999; Persons & Miranda, 1992) teve como objetivo a avaliação e observação de estados de humor disfóricos estimulados por processos cognitivos negativos. Esta hipótese de estado de humor foi baseada no modelo de Bower (1981), que sugere que o humor, as cognições e crenças estão mecanicamente ligadas a lembranças. Um estado de humor negativo provoca memórias relevantes que, em seguida, aumenta o acesso às crenças negativas, cognições e atribuições. O estado de humor tem vindo a ser estudado e testado. As mudanças verbais de humor foram, por exemplo, investigadas por Miranda and Person's study (1988), com uma amostra de 43 jovens mulheres com um nível baixo de sintomas depressivos, avaliados através da escala - *Inventário de Depressão de Beck II (BDI)*, que piorou após um processo de humor a este nível assim como, a nível do conteúdo cognitivo, medido pela *Checklist Multiple Affect Adjetivo (MAACL)*, e a *Escala de Atitudes Disfuncionais (DAS)* respetivamente. Mulheres com uma história de depressão major, apresentaram valores mais elevados na DAS. Num estudo similar, foram obtidos resultados, mas com uma amostra mais alargada de 100 jovens, que não estavam em estado de humor depressivo, e no qual foi utilizado um procedimento de indução de humor diferente (assistir a um filme de conteúdo triste). Estes resultados suportam a hipótese de que, acontecimentos ou algum tipo de situação que seja mais sensível para o individuo pode "ativar" ou aumentar os níveis atitudes disfuncionais (Jarrett et al., 2012).

Neuroticismo em Jovens Universitários

O neuroticismo é uma característica negativa da personalidade que surge cedo na vida do indivíduo, e tem uma forte relação com a depressão. O neuroticismo foi definido por Hutz e Nunes (2001), como um fator que se crê estar associado a uma psicopatologia crônica e de instabilidade emocional, e representa as diferenças individuais que ocorrem quando as pessoas experienciam padrões emocionais associados a um desconforto psicológico, e também a estilos cognitivos e comportamentais decorrentes deste fator (Matta, 2009). Sendo a depressão uma das perturbações psiquiátricas mais frequentes na população estudantil universitária (Vazquez & Blanco, 2008) e apesar de haver vários fatores associados à depressão, as investigações começaram a focalizar-se no neuroticismo como um traço de vulnerabilidade nesta população (Chioqueta & Stiles, 2005; Hutchinson & Williams, 2007; Roelofs, Huibers, Peeters, Arntz & Os, 2008).

Os fatores como, aborrecimentos diários (Hutchinson & Williams, 2007), fisiologia (Gallant & Connell, 2003), empatia (Lee, 2009), e cognição (Roelofs et al, 2008), explicam em parte ou na totalidade a relação entre neuroticismo e depressão. Vários autores são da opinião que o neuroticismo é um traço da personalidade que reflete uma tendência generalizada para vivenciar estados emocionais negativos. (Costa & McCrae, 1980; Eysenck, 1967; Watson & Clark, 1984).

Estudos empíricos nas áreas das neurociências (Haas, Omura, Constable & Canli, 2007), e da genética (Kendler, Gatz, Gardiner & Pedersen, 2006), sustentam que o neuroticismo tem uma base biológica (Eysenck, 1967), que explica a forte ligação entre perturbações mentais e físicas (Lahey, 2009). Os períodos de muito stress como frequentar a escola pode aumentar os tais níveis de emocionalidade. (Robert & Mroczek, 2008). É na fase de frequência da universidade que os jovens desenvolvem a identidade adulta, criam relações interpessoais e têm de se ajustar as exigências académicas, tudo isto pode tornar a experiencia na universidade uma “montanha russa” emocional. (Arnett, 2000; Furr Westefeld, McConnell & Jenkins, 2001). Sendo assim, altos níveis de neuroticismo estão associados com um aumento do risco de depressão. (Kendler, Gatz, Gardner & Pedersen, 2006).

O neuroticismo é um constructo complexo que inclui vários traços e facetas (Eysenck & Eysenck, 1985), no qual se incluem estilos de pensamento, tais como as crenças irracionais, e revela também uma tendência geral aumentada para a reatividade emocional e excitação. Na depressão, os pensamentos negativos têm o nome de ruminação, que pode ser responsável pela sintomatologia depressiva, e esta também pode ser a causa da ruminação. Está demonstrado que a relação entre o neuroticismo e a sintomatologia depressiva é mediada por tendências ruminativas e reatividade cognitiva aumentada, que se define como a tendência para pensamento negativo desencadeado por uma subtil mudança de humor. As tendências ruminativas e reatividade cognitiva, ambas desempenham um papel importante no reaparecimento e na manutenção da sintomatologia depressiva, sendo alvos importantes nas intervenções preventivas (Nolen Hoeksema, Wisco & Lyubomirsky, 2008).

Vulnerabilidade ao Stress em Jovens Universitários

O *stress* é uma reação adaptativa do organismo às exigências do seu meio (Selye, 1956); quando estas têm origem no contexto de um processo educativo, é frequente referir-se aos mecanismos de adaptação do sujeito em termos de *stress académico*.

Todos os organismos experimentam reações de *stress* durante a sua vida, mas quando a reação do sujeito se prolonga pode esgotar as reservas do indivíduo e traduzir-se numa série de problemas. Diversas investigações têm mostrado que o *stress* académico ocorre nos estudantes do 1º Ciclo do ensino básico (Connor, 2003), 2º e 3º ciclos do ensino básico (Aherne, 2001) e no secundário (Gallagher & Millar, 1996). Também se demonstrou que o referido *stress* aumenta, conforme os estudantes progridem nos estudos (Putwain, 2007) e que atinge o seu nível mais alto quando frequentam o ensino universitário (Dyson & Renk, 2006). O período dos estudos superiores representa pois, o culminar do *stress* académico devido às elevadas cargas de trabalho, mas também coincidem com uma etapa de vida em que o estudante se depara com muitas alterações na sua vida (Arnett, 2000), por exemplo, o processo de separação da família, a integração no mercado de trabalho e a adaptação a um meio pouco habitual (Beck, Taylor & Robbins, 2003).

Neste sentido, realizaram-se diversos estudos centrados especificamente na análise de fatores como a idade, as influências psicossociais, o processamento cognitivo, e/ou as características individuais da personalidade; com o objetivo de determinar o início ou manutenção da depressão (Agudelo, Spielberger & Buela-Casal, 2005; Calvete, 2005; Kohn et al., 2005; Robins & Luten, 1991; Nettle, 2004; Spielberger & Reheiser, 2003). Os modelos de Diátesis ao Stress (Abramson, Metalsky & Alloy, 1989; Beck, 1976) indicam que estes acontecimentos afetam especialmente aquelas pessoas que são cognitivamente mais vulneráveis desenvolvendo assim sintomas depressivos. A maioria dos estudos que avaliaram este paradigma centraram-se nas atitudes disfuncionais (Modelo Cognitivo da Depressão; Beck, 1976) e/ou no estilo atribucional negativo (Modelo de desesperança; Abramson et al., 1989) como fatores de vulnerabilidade cognitiva. O *stress* vincula-se a perturbações emocionais tais como a ansiedade e a depressão. Nas últimas décadas aumentou o interesse sobre a relação que existe entre os acontecimentos stressantes e o bem-estar físico e psicológico e foram muitos os estudos que mostraram uma indubitável associação com diferentes stressores. Desta maneira, já os primeiros estudos realizados encontravam um maior índice de depressão em pessoas que passaram por *life events* (Brown & Harris, 1978). As preocupações diárias também estão relacionadas com o *stress* psicológico (Bouteyre et al., 2007; Dunn & Whelton, 2006). Relativamente aos estudantes universitários, observou-se que os sintomas de *stress* têm especial incidência nesta população, chegando a uma relação de um para cada três estudantes que cumpre os critérios de ansiedade e depressão (Algöer, Wardle & Steptoe, 2001).

Apesar da importância dos acontecimentos stressantes no desenvolvimento do processo de *stress*, estes só explicam 15% na variância da sintomatologia depressiva (Smith, Smoll & Ptacek, 1990), de maneira que muitos autores se viram na necessidade de investigar outras variáveis intervenientes nesta relação. Foram então iniciadas duas linhas de investigação, a primeira focalizando-se no “*coping*” (Lazarus & Folkman, 1984) e a segunda em certas características individuais de personalidade que aumentam a vulnerabilidade ao *stress* (Clark et al., 1994).

O estudo do *coping do stress* continua a proliferar desde o seu início no ano de 1966 com a publicação do livro de Richard Lazarus, *Psychological Stress and the Coping Process*, no qual se inclui uma ampla gama de respostas cognitivas e de comportamento que as pessoas usam para gerir o seu stress. Mas será nas décadas de 70 e de 80 quando se começa a considerar o *coping* um campo distinto de investigação psicológica, como por exemplo os estudos clássicos de Moos (1976), Pearlin & Schooler (1978) e Folkman & Lazarus (1980). Desde então foram publicados dezenas de milhares de estudos sobre o *coping*. Em termos de conclusão, num estudo de Amaral & Vaz serra (2010), estes investigadores concluíram que o indivíduo mais resistente ao *stress* e que, em particular; não seja muito perfeccionista, mas tolerante à frustração, tenha um bom apoio social, não apresente sentimentos de rejeição ou de privação de afeto e que não se tenha confrontado com circunstâncias de vida significativas, apresentará melhores índices de saúde física e mental.

Pessimismo em Jovens Universitários

Durante a última década, os conceitos de otimismo e de pessimismo têm suscitado muito interesse e investigação nas áreas da psicologia da personalidade, da psicologia social e da psicologia clínica e da saúde (Chang, 1998).

Neste sentido, um dos traços de personalidade que recentemente tem vindo a ganhar grande interesse tem sido o otimismo disposicional, que foi definido por Scheier & Carver (1985, 1992) como uma expectativa generalizada e positiva e como uma variável relativamente estável que promove o bem-estar psicológico e físico. Os indivíduos otimistas são aqueles que, quando confrontados com dificuldades ou adversidades, têm a expectativa de ultrapassar as situações e de alcançar resultados positivos, enquanto que, os indivíduos pessimistas face às dificuldades esperam resultados negativos. Estas expectativas de resultados negativos conduzirão a uma tendência marcada para o aparecimento de sentimentos negativos, como a ansiedade, culpa, raiva ou tristeza (Monteiro et al, 2008).

O otimismo e o pessimismo disposicional são assim variáveis da personalidade potencialmente relevantes na forma como as pessoas percebem, reagem e adaptam-se aos desafios da vida (Scheier & Carver, 1985).

A maioria dos estudos foca a relação entre pessimismo, otimismo e depressão e têm usado um modelo unidimensional, onde o otimismo e o pessimismo representam polos opostos de um *continuum*. Este ponto de vista foi contestado por vários estudos que sugerem que otimismo e pessimismo podem agir mais como duas construções separadas. Assim, pode-se supor que o otimismo e pessimismo têm efeitos distintos sobre o risco de desenvolvimento da depressão, bem como a probabilidade da depressão estar associada à incapacidade para o trabalho (Kronstron et al., 2011).

Ao longo dos últimos anos, tem-se tentado compreender o papel que o otimismo desempenha na adaptação física e psicológica dos estudantes à universidade (Monteiro et al., 2008). Num estudo de Brissete, Scheier & Carver, (2002), verificou-se que estudantes otimistas demonstraram menor perturbação psicológica.

No que diz respeito à relação entre otimismo e o rendimento académico, Schulman (1995), referiu que as explicações otimistas para os acontecimentos negativos estão

relacionadas com um maior rendimento académico em estudantes universitários e com uma maior produtividade no trabalho. Com efeito, em estudos realizados com estudantes universitários verificaram que o pessimismo disposicional está relacionado a uma maior evidência de transtornos físicos e psicológicos (Chang, 1998).

Num estudo realizado por Monteiro et al, (2008), foi abordada a relação entre o otimismo disposicional e a sintomatologia psicopatológica, o bem-estar e o rendimento académico numa amostra de estudantes que frequentam pela primeira vez o ensino superior. Participaram no estudo, 316 alunos de uma Universidade Portuguesa e os resultados obtidos permitiram concluir que quanto mais otimistas são os estudantes, menor sintomatologia psicopatológica apresentam, maior bem-estar sentem no final do 1º semestre e melhor é o rendimento académico que apresentam no final do 1º semestre. Foi também realizado um estudo por Hernández et al., (2010), no qual se analisou o efeito protetor das variáveis de otimismo disposicional e criatividade em relação ao sofrimento psicológico ou medidas psicopatológicas. Participaram nesta investigação 113 estudantes universitários. Efetuaram-se análises de correlação e regressão utilizando o otimismo e a criatividade como variáveis preditoras sobre os sintomas psicopatológicos. Como principais resultados obteve-se fortes correlações negativas e estatisticamente significativas do otimismo disposicional em relação aos sintomas psicopatológicos. Os sintomas psicopatológicos medidos através do SCL-90 eram explicados pela variável otimismo disposicional, principalmente em relação às dimensões de depressão e dificuldades interpessoais. No entanto, não se encontraram correlações significativas entre a criatividade e a sintomatologia psicológica.

Face ao exposto, é de todo oportuno investigar os fatores de risco para a sintomatologia depressiva em jovens adultos. Assim, o presente estudo tem como objetivo geral perceber como a sintomatologia depressiva se relaciona com as atitudes disfuncionais, neuroticismo, vulnerabilidade ao *stress* e pessimismo, nos jovens universitários. Deste modo, foram elaboradas as seguintes hipóteses para esta investigação: H1) Jovens universitários com comportamentos/atitudes disfuncionais, têm maior tendência para desenvolver sintomatologia depressiva; H2) Jovens universitários com traços de neuroticismo apresentam maior probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva; H3) Jovens universitários mais vulneráveis ao *stress*, têm maior probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva e H4) Jovens universitários com maior nível pessimismo, apresentam maior probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva.

2. Método

Nesta secção procederemos à caracterização da amostra integrante deste estudo, dos instrumentos de avaliação e procedimentos utilizados.

2.1 Participantes

Os participantes da presente investigação são estudantes do ensino superior em Portugal. De acordo com os dados apresentados na Tabela 1, a amostra ficou composta por 257 universitários, dos quais 192 (74,7%) são do sexo feminino e 64 (24,9%) do sexo

masculino (1 inquirido (0,4%) não forneceu este dado), com idades a variar entre os 18 e os 47 anos ($M=23,81$; $DP=5,23$), sendo uma esmagadora maioria destes solteiros (90,3%). Mais de metade destes estudantes frequentava a Universidade de Aveiro (59,9%), 36,2% a Universidade do Algarve e os restantes 3,1% o ISLA, o Instituto Politécnico do Porto, a Universidade do Porto, o Instituto Universitário de Lisboa, a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro e a Universidade Nova de Lisboa. No que diz respeito à área de estudo (utilizou-se a Classificação Internacional Tipo da Educação do INE, 1997) os alunos distribuíram-se pelas áreas das Ciências sociais, comércio e direito (43,2%), da Engenharia, indústrias transformadoras e construção (31,9%), da Educação (14,0%), da Saúde e proteção social (8,2%) e das Artes e humanidades (2,3%). Relativamente ao ciclo de estudos, a maioria destes alunos encontrava-se a frequentar o 1º Ciclo (60,7%), ficando os restantes distribuídos pelos 2º e 3º Ciclos (34,2% e 3,5%, respetivamente) e pela Pós-graduação (1,6%).

Tabela 1- Características sociodemográficas e académicas da amostra

	n	%
Sexo		
Feminino	192	74,7
Masculino	64	24,9
Idade		
18-24	182	70,8
25-47	75	29,2
Estado civil		
Solteiro	232	90,3
Casado	14	5,4
União de facto	10	3,9
Separado	1	0,4
Instituição de ensino		
Universidade de Aveiro	154	59,9
Universidade do Algarve	93	36,2
Outros	8	3,1
Área de estudo		
Ciências sociais, comércio e direito	111	43,2
Engenharia, indústrias transformadoras e construção	82	31,9
Educação	36	14,0
Saúde e proteção social	21	8,2
Artes e humanidades	6	2,3
Ciclo de estudos		
1º Ciclo	156	60,7
2º Ciclo	88	34,2
3º Ciclo	9	3,5
Pós-graduação	4	1,6

Foi ainda possível apurar que 54,1% dos inquiridos professa alguma religião, sendo que para o grau de crença na religião, numa escala de 1 a 5, o 3 e o 4 foram os graus atribuídos pela maioria destes (39,6% e 33,8%, respetivamente). No que diz respeito ao

grau de satisfação com a imagem corporal (numa escala de 1 a 5), 38,5% apontou o grau 4, seguindo-se o grau 3 com 20,2% das respostas. Destacamos ainda que 37,4% dos estudantes não responderam a este item. Quanto ao grau de satisfação, numa escala de 1 a 5, que estes estudantes consideram ter com os seus relacionamentos sociais (amigos/colegas/...), constatamos que mais de metade assinalou o 4 (56,8%). Quando questionados se já tiveram problemas psicológicos ou psiquiátricos, a maioria respondeu que não (72,4%), 27,2% respondeu que sim e 0,4% não respondeu a esta questão.

2.2 Instrumentos de avaliação

Questionário Sociodemográfico

Construído para este estudo, tem como objetivo principal caracterizar a amostra e reúne informação relativa a: idade, sexo, estado civil, curso e ano que frequentam, ciclo de estudos, profecia de alguma religião e grau de crença, grau de satisfação com a imagem corporal, grau de satisfação com os relacionamentos sociais, como ocupa os tempos-livres, sofreu problemas psicológico ou psiquiátricos e qual o tipo de ajuda que recebeu. Os respondentes devem responder no espaço em branco destinado a esse efeito ou assinalar com uma cruz (x) na opção que lhes corresponde, consoante o tipo de questão apresentada. (anexo I)

BDI – II (Beck, 1971, versão portuguesa Ponciano et al., 2004)

Este instrumento (anexo I) tem como objetivo avaliar a sintomatologia depressiva. Foi elaborado por Beck (1971) com base na observação clínica de doentes deprimidos. O BDI-II utilizado é uma versão em língua portuguesa aferida por Ponciano et al., (2004) para a população do ensino superior. Da avaliação das propriedades psicométricas do instrumento em questão obtiveram na consistência interna, um α de *Cronbach* de 0,93, o que revela uma excelente consistência interna. O BDI-II é constituído por vinte e uma categorias de sintomas e atitudes, cada uma possui um grupo sintomatológico que abarca as manifestações existentes nas diversas intensidades no quadro clínico depressivo. Os itens foram selecionados por terem na sua base a relação com as manifestações comportamentais visíveis no quadro depressivo, e não por refletirem, particularmente, uma teoria da depressão. Cada categoria é constituída por quatro frases, com valores de zero a três pontos (à exceção dos itens 16 e 18 com sete frases, mantendo no entanto a pontuação de 0 a 3), dispostas por ordem crescente de intensidade, o indivíduo seleciona a frase que melhor define o estado emocional vivenciado nas duas últimas semanas, incluindo o dia do questionário. A pontuação total do questionário situa-se entre os zero e os sessenta e três pontos, consoante as respostas dos indivíduos. Onze dimensões do questionário relacionam-se com aspetos cognitivos, cinco com comportamentos observáveis, duas com o afeto e uma com sintomas interpessoais.

“Disfunctional Attitudes Scale” (DAS; Weissman & Beck, 1978; Versão portuguesa: Pinto Gouveia, 1990)

O DAS (anexo I) é um inventário, construído por Weissman (1978, cf. Gouveia, 1990), para avaliar atitudes disfuncionais, que nos modelos cognitivos são fundamentais na explicação da psicopatologia (Beck, Rush, Show & Emery, 1979). Inicialmente o DAS tinha 100 questões, mas uma revisão posterior permitiu identificar duas escalas - A e B (Gouveia, 1990). Utilizamos neste estudo a escala A, sendo constituída por 40 questões que estão organizadas numa escala de Likert de sete pontos, que vai desde “Concordo Totalmente” a “Discordo Totalmente”. O questionário está construído de forma que quanto mais elevada a pontuação global mais disfuncional é a atitude do respondente e a pontuação total pode variar entre 40 e 280. A versão portuguesa tem uma estabilidade teste-reteste de 0.67, consistência interna de 0.840 e a análise fatorial permitiu identificar sete fatores explicativos de 42.7% da variância total (Onipotência, aprovação pelos outros e perfeccionismo; Imperativos absolutistas; Dependência/independência da aprovação pelos outros; Cognições adaptativas; Realização pelo trabalho e perfeccionismo; Enfrentamento adaptativo; Autonomia pessoal).

“NEO - Five Factor Inventory” (NEO-FFI; Lima & Simões, 2000)

O NEO-FFI (anexo I) é uma versão reduzida do NEO-PI-R (Lima & Simões, 1995), com 60 questões de autorresposta e que visa avaliar cinco domínios da personalidade, a saber: Extroversão, Amabilidade, Conscienciosidade, Neuroticismo e Abertura à Experiência. A escala de resposta é do tipo Likert de 5 pontos, onde o inquirido deve assinalar o seu grau de concordância tendo de escolher desde “Discordo Fortemente” (0) a “Concordo Fortemente” (4). Esta versão reproduz a estrutura fatorial original, apresentando valores para o coeficiente de consistência interna, Alfa de Cronbach, que variam entre 0,69 e 0,81 (Magalhães et al., 2009).

“Questionário de Vulnerabilidade ao Stress” (23-QVS; Vaz Serra, 2000)

A escala 23-QVS (anexo I), elaborado por Adriano Vaz Serra – Professor Catedrático de Psiquiatria da Faculdade de Medicina de Coimbra (2000b), constitui um instrumento de autoavaliação que tem como objetivo fundamental avaliar a Vulnerabilidade ao Stress. A designação escolhida para a escala foi determinada pelo facto da versão final ter ficado com 23 itens. Cada item tem cinco classes de resposta tipo Likert, que vão desde “Concordo em absoluto” (0) a “Discordo em absoluto” (4). Existem itens que apresentam pontuação invertida (de 4 a 0) com o intuito de evitar tendências de resposta. Os estudos psicométricos realizados a partir de uma amostra de 368 elementos da população portuguesa geral (Vaz Serra, 2000b) revelaram uma boa consistência interna ($\alpha = 0,824$) e a análise fatorial revelou 7 fatores que explicam 57,5% da variância total (perfeccionismo e intolerância à frustração; inibição e dependência funcional; carência de apoio social; condições de vida adversas; dramatização da existência; subjugação; privação de afeto e rejeição). O valor da nota global, obtido pela soma dos itens, pode variar de 0 a 92, sendo que quanto mais alto o valor obtido, maior é a vulnerabilidade ao *stress*. Uma

classificação de 43 representa o ponto de corte acima do qual se considera que uma pessoa se encontra vulnerável ao *stress* (Vaz Serra, 2000b).

“Life Orientation Test Revised” (LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994; versão portuguesa: Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006)

Para recolher informação relativa ao otimismo disposicional recorreu-se à versão portuguesa do “Life Orientation Test – Revised” (LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994), elaborada por Monteiro, Tavares & Pereira (2006) (anexo I). É constituído por 10 itens numa escala de resposta Likert de 5 pontos que vai desde “Concordo Muito” (0) a “Discordo Muito” (4), sendo que 3 destes itens estão formulados de modo positivo, 3 de modo negativo e 4 são neutros. Os itens neutros (itens distratores) não devem ser incluídos na análise de dados e os valores dos itens formulados de modo negativo deverão ser invertidos, de forma que uma maior nota global no teste corresponda a um maior índice de otimismo disposicional. Os estudos psicométricos efetuados na versão portuguesa (Monteiro *et al.*, 2006) revelaram uma estrutura unifatorial, responsável por 37.68% da variância, apresentando um Alpha de Cronbach de 0,66. Seguindo a sugestão de Monteiro *et al.*, (2006), não foram incluídos dois dos dez itens, ficando constituída por 2 itens formulados de modo positivo, 2 de modo negativo e 4 neutros.

2.3 Procedimentos

O consentimento informado para utilização da versão portuguesa dos instrumentos foi obtido junto dos respetivos autores (anexo II). Os questionários foram preenchidos a partir de uma plataforma *on-line* da Universidade de Aveiro que esteve disponível de 16 de Abril a 2 de Maio. As respostas ficaram retidas numa base de dados da base *on-line*, sendo posteriormente encaminhadas para uma base de dados do SPSS. A análise estatística foi efetuada no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 19.0). Foram determinadas estatísticas descritivas (frequências, percentagens, médias e desvios-padrão) e estatísticas inferenciais (coeficientes de correlação de Pearson, regressão linear múltipla). Estabeleceu-se um nível de significância estatística de 0,05.

3. Resultados

3.1 Relação entre a sintomatologia depressiva e as atitudes disfuncionais

A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos para a relação entre a sintomatologia depressiva e as atitudes disfuncionais. De acordo com os dados expostos nesta tabela, a sintomatologia depressiva correlaciona-se positivamente com as atitudes disfuncionais (dimensões e indicador total), sendo esta correlação estatisticamente significativa, com

exceção da *Autonomia pessoal*. Ou seja, os estudantes universitários que revelam atitudes disfuncionais são aqueles que apresentam maior sintomatologia depressiva. Relativamente às correlações estatisticamente significativas, os valores encontrados para o coeficiente de correlação de Pearson variam entre 0,16 (*Enfrentamento adaptativo*) e 0,48 (*Atitudes disfuncionais total*), indicando ainda que a associação da sintomatologia depressiva com o indicador total das atitudes disfuncionais e com a onnipotência, aprovação pelos outros e perfeccionismo é moderada, e varia entre baixa e muito baixa com as restantes dimensões (Pestana e Gageiro, 2005).

Tabela 2-Correlações entre a sintomatologia depressiva e as atitudes disfuncionais

	r de Pearson
Omnipotência, aprovação pelos outros e perfeccionismo	0,45***
Imperativos absolutistas	0,30***
Dependência/independência da aprovação pelos outros	0,38***
Cognições adaptativas	0,38***
Realização pelo trabalho e perfeccionismo	0,37***
Enfrentamento adaptativo	0,16*
Autonomia pessoal	0,12
DAS TOTAL – Atitudes disfuncionais	0,48***

*p<0,05; ***p<0,001

3.2 Relação entre a sintomatologia depressiva e as dimensões da personalidade

Na Tabela 3 podem ser observados os resultados obtidos para a relação entre a sintomatologia depressiva e as dimensões da personalidade.

Pela análise da Tabela 3 podemos constatar que a sintomatologia depressiva se correlaciona de forma estatisticamente significativa com as dimensões da personalidade, com exceção da *Abertura à Experiência*. Estas correlações dão-se num sentido positivo para o *Neuroticismo* e num sentido negativo para as restantes dimensões, ou seja, os estudantes universitários que demonstram níveis mais elevados de neuroticismo, níveis mais baixos de extroversão, níveis mais baixos de amabilidade ou níveis mais baixos de conscienciosidade apresentam maior sintomatologia depressiva.

Tendo em conta as correlações estatisticamente significativas encontradas, os valores encontrados para o coeficiente de correlação de Pearson variam entre -0,26 (*Amabilidade*) e 0,74 (*Neuroticismo*), indicando que a associação da sintomatologia depressiva com as dimensões da personalidade varia entre baixa e alta (Pestana e Gageiro, 2005).

Tabela 3-Correlações entre a sintomatologia depressiva e as dimensões da personalidade

	r de Pearson
Extroversão	-0,42***
Amabilidade	-0,26***
Conscienciosidade	-0,35***
Neuroticismo	0,74***
Abertura à Experiência	0,00
***p<0,001	

3.3. Relação entre a sintomatologia depressiva e a vulnerabilidade ao stress

A Tabela 4 apresenta os resultados obtidos para a relação entre a sintomatologia depressiva e a vulnerabilidade ao stress.

A análise da Tabela 4 indica que a correlação entre a sintomatologia depressiva e a vulnerabilidade ao stress (dimensões e indicador total) é positiva e estatisticamente significativa. Assim, os estudantes universitários que apresentam maior vulnerabilidade ao stress são aqueles que revelam uma maior sintomatologia depressiva.

Os valores encontrados para o coeficiente de correlação de Pearson variam entre 0,17 (*Condições de vida adversas*) e 0,69 (*Vulnerabilidade ao stress total*), indicando que a sintomatologia depressiva se correlaciona de forma moderada com a vulnerabilidade ao stress, com exceção das *Condições de vida adversas* (correlação muito baixa) e da *Carência de apoio social* (correlação baixa) (Pestana e Gageiro, 2005).

Tabela 4-Correlação entre a sintomatologia depressiva e a vulnerabilidade ao stress

	r de Pearson
Perfeccionismo e intolerância à frustração	0,57***
Inibição e dependência funcional	0,52***
Carência de apoio social	0,39***
Condições de vida adversas	0,17**
Dramatização da existência	0,49***
Subjugação	0,52***
Privação de afeto e rejeição	0,53***
QVS TOTAL – Vulnerabilidade ao stress	0,69***

p<0,01; *p<0,001

3.4 Relação entre a sintomatologia depressiva e o otimismo

A Tabela 5 apresenta os resultados obtidos para a relação entre a sintomatologia depressiva e o otimismo disposicional.

Pela análise da Tabela 5, verificamos que a correlação entre a sintomatologia depressiva e o otimismo é negativa e estatisticamente significativa. Assim, podemos afirmar que os estudantes universitários com níveis mais elevados de otimismo disposicional são aqueles que demonstram menor sintomatologia depressiva.

O valor encontrado para o coeficiente de correlação é indicador de que a associação entre estas duas variáveis é moderada (Pestana e Gageiro, 2005).

Tabela 5-Correlação entre a sintomatologia depressiva e o otimismo

	r de Pearson
Otimismo	-0,50***

***p<0,001

3.5. Variáveis preditoras da sintomatologia depressiva

Com o objetivo de identificar as variáveis preditoras da sintomatologia depressiva, foi realizada uma regressão linear múltipla (método *Enter*), em que as variáveis independentes introduzidas foram aquelas que se correlacionaram de forma significativa com a variável dependente e que revelaram um coeficiente de correlação de Pearson igual ou superior a 0,50. Assim, as variáveis independentes incluídas foram a *vulnerabilidade ao stress* (indicador total), o *neuroticismo* e o *otimismo*.

De acordo com os resultados expostos na Tabela 6, o modelo obtido é estatisticamente significativo e explica 58% da variância ($R^2=0,58$). Salientamos que, as variáveis que se revelaram com um poder preditor estatisticamente significativo sobre a *sintomatologia depressiva* foram a *vulnerabilidade ao stress* e o *neuroticismo*. Os coeficientes estandardizados obtidos para estas variáveis na equação de regressão são positivos, indicador de que quanto mais elevados os níveis de vulnerabilidade ao *stress* e de neuroticismo maior é a sintomatologia depressiva dos estudantes universitários.

Tabela 6-Regressão linear múltipla para a predição da sintomatologia depressiva

Variáveis	Coefficientes não estandardizados B	Coefficientes estandardizados Beta	R²	F
Constante	-13,42			
Vulnerabilidade ao Stress	0,23	0,28***	0,58	103,98***
Neuroticismo	0,58	0,54***		
Otimismo	0,02	0,01		

***p≤0,001

4. Discussão

Estudos sobre a prevalência da depressão e da sua relação com variáveis sociodemográficas e fatores de risco, em estudantes universitários, têm vindo a aumentar ao longo dos anos. Este estudo pautou-se no sentido de identificar fatores de risco para o desenvolvimento de depressão, avaliando a associação da sintomatologia depressiva com atitudes disfuncionais, dimensões da personalidade (mais especificamente, o neuroticismo), otimismo disposicional e vulnerabilidade ao *stress*. Tendo em conta as hipóteses delineadas para esta investigação, procedemos neste ponto à discussão dos

resultados apresentados anteriormente, confrontando-os com os resultados de outros estudos nesta área de investigação.

Em relação à hipótese 1 (“Jovens universitários com comportamentos/attitudes disfuncionais, têm maior tendência para desenvolver sintomatologia depressiva.”), verificámos que esta foi confirmada pelo nosso estudo. Constatámos que, as atitudes disfuncionais se mostram correlacionadas de forma positiva e estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva, sendo a associação encontrada moderada. Estes dados são concordantes com os resultados de estudos já realizados no contexto universitário (Wilbert & Rupert, 1986; Vásquez & Ring, 1993; Thomas & Altareb, 2012). O instrumento por nós utilizado para avaliar as atitudes disfuncionais (DAS; Weissman & Beck, 1978), foi traduzido e aplicado na população portuguesa por (Pinto Gouveia, 1990), tendo-se correlacionado com outras medidas cognitivas e revelada sensibilidade à severidade da depressão.

Relativamente à hipótese 2 (“Jovens universitários com traços de neuroticismo apresentam maior probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva.”), podemos afirmar que também esta foi confirmada pelo nosso estudo. Os resultados indicam que o neuroticismo se correlaciona positiva e significativamente com a sintomatologia depressiva, sendo a associação encontrada alta. O neuroticismo é a faceta da personalidade mais associada à psicopatologia na literatura, em particular à depressão (Nunes, 2000; Ormel, Rosmalen & Farmer, 2004; Malouff, Thorsteinsson & Schutte, 2005).

No que se refere à hipótese 3 (“Jovens universitários mais vulneráveis ao stress, têm maior probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva.”), os resultados encontrados indicam a sua confirmação. Verificámos que a vulnerabilidade ao *stress* se mostra correlacionada de forma positiva e estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva. Fatores como o perfeccionismo e intolerância à frustração, a inibição e dependência funcional, a dramatização da existência, a subjugação e privação de afeto e rejeição mostraram-se moderadamente associados à sintomatologia depressiva, assim como o indicador total da vulnerabilidade ao *stress*. Os resultados obtidos num estudo de Amaral & Vaz Serra (2010), a partir de uma amostra da população geral, comprovaram que os indivíduos vulneráveis ao *stress* têm maior tendência a desenvolver transtornos emocionais, quando comparados a indivíduos não vulneráveis ao stress. Foram encontrados na literatura outros estudos, em diferentes populações/nações/culturas, que concluem que existe uma relação direta entre a vulnerabilidade ao *stress* e a sintomatologia psicopatológica e depressiva (Vaz Serra, 2000b; Guedes, Gameiro & Canavarro, 2010; Veiga, 2011; Cunha, 2011), sendo de destacar que se verificou escassez deste tipo de estudo junto da população universitária.

De igual modo, a hipótese 4 (“Jovens universitários com maior nível pessimismo, apresentam maior probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva.”) foi confirmada pelos resultados obtidos na nossa investigação. Os resultados mostram que o otimismo disposicional se correlaciona de forma negativa e estatisticamente significativa com a sintomatologia depressiva, sendo esta associação moderada. O conceito de orientação otimista da vida tem sido estudado no contexto universitário, tendo sido um maior otimismo destes estudantes relacionado com uma melhor capacidade de adaptação (em termos de sintomatologia depressiva, de stress e de sentimentos de solidão) e com um melhor desempenho escolar (Schulman, 1995; Brissete, Scheier & Carver, 2002; Monteiro, Tavares & Pereira, 2008). Salientamos aqui a investigação de Monteiro, Tavares, Pereira & Silva (2008), que pretendia clarificar a dimensionalidade da versão portuguesa do LOT-R (Monteiro, Tavares & Pereira, 2006) através de uma análise fatorial exploratória e

confirmatória numa amostra de estudantes universitários, sendo que os resultados obtidos evidenciaram a estrutura unidimensional desta escala. Deste modo, otimismo e pessimismo são considerados polos opostos da mesma dimensão, permitindo-nos associar um maior nível de pessimismo dos inquiridos a um menor nível de otimismo e vice-versa.

Diversos estudos (Gillham, Reivech, Jaycox & Seligman, 1995; Gillham & Reivich, 1999; Riskind, Sarampote & Mercier, 1996; Seligman, Schulman, DeRubeis & Hollon, 1999) demonstraram que a sintomatologia depressiva pode ser efetivamente prevenida e reduzida através da implementação de programas de educação para o otimismo em que se trabalham aspetos como o reconhecimento do pensamento catastrófico e a capacidade de o “disputar”.

Por último, referimos ainda que a vulnerabilidade ao stress e o neuroticismo foram as variáveis que revelaram poder preditor significativo sobre a sintomatologia depressiva, realçando que quanto maiores forem os níveis de vulnerabilidade ao stress e de neuroticismo maior será a sintomatologia depressiva apresentada pelos estudantes universitários. O facto de o otimismo disposicional não ter revelado poder preditivo significativo neste modelo poderá ser indicador de que estamos perante um fenómeno de mediação e/ou moderação. É também importante realçar que a presente investigação não permite estabelecer relações de causa-efeito devido ao seu desenho transversal. Todas as hipóteses propostas inicialmente foram confirmadas, apresentando todas elas resultados significativos que devem ser tidos em conta, sendo que os resultados são corroborados pela literatura recolhida, que serviu de base teórica a esta investigação. Uma vez explorados e identificados quais os fatores de risco para o desenvolvimento de sintomatologia depressiva em Estudantes Universitários, é importante o papel das Instituições Universitárias.

Como implicações práticas, importa uma maior consciencialização e intervenção junto dos estudantes universitários com vista à promoção do seu otimismo e diminuição dos níveis de neuroticismo, vulnerabilidade ao stress e atitudes disfuncionais. Sendo assim, parece-nos importante que todas as instituições de ensino superior, disponibilizassem aos seus alunos (para o apoio ao estudante ser mais abrangente e efetivo) um serviço de aconselhamento psicológico que atuasse em valências distintas como a prevenção e remediação, a organização de ações de desenvolvimento pessoal e a condução de investigação acerca dos processos de mudança e desenvolvimentos humanos (Gonçalves & Cruz, 1988).

Dado que uma vinculação segura (aos pais e aos pares) parece atuar como um fator de proteção para a emergência de psicopatologia, Monteiro, M.O.S. (2008) sugeriu que se intervenha terapeuticamente em jovens com vinculação insegura. Assim, é importante trabalhar aspetos como a avaliação e análise das representações disfuncionais sobre si próprios e sobre os outros (Guidano, 1991; Main et al., 1985; Rutter, 1995; Safran & Segal, 1990; Sperling & Lyons, 1994) e permitindo que a relação terapêutica atue como uma experiência desconfirmatória (Guidano, 1991; Safran & Segal, 1990; Sperling & Lyons, 1994; West & Sheldon-Keller, 1994b), poderemos atuar no sentido da reelaboração dos modelos internos dinâmicos (Bowlby, 1980; Main et al., 1985; Rutter, 1988) e da reestruturação de esquemas interpessoais, objetivando a rutura de ciclos interpessoais negativos (Safran & Segal, 1990).

Como o *stress* também é um fator que tem impacto negativo ao nível da saúde e bem-estar dos estudantes, é necessário intervir preventivamente junto daqueles que apresentam maior vulnerabilidade ao mesmo, e promover o uso de estratégias de *coping* adequadas (Pereira, 2009). As propostas/atividades que as escolas poderiam desenvolver

de forma a ajudar os estudantes a lidar com o *stress* sugeridas por Custódio, R.M.S. (2010), foram a realização de workshops sobre o stress e estratégias de *coping* e a promoção de atividades desportivas e recreativas. Estar envolvido e participar em atividades desportivas contribui para um modo de vida saudável dos jovens (Panachev, 2005).

O estudo de Monteiro et al, (2008) demonstrou que quanto mais otimistas são os estudantes, maior o bem-estar por eles sentido, menor a sintomatologia psicológica apresentada e melhor o rendimento académico, e por isso sugeriram a implementação de programas de educação para o otimismo sob um ponto de vista clínico. Muitos dos programas que têm demonstrado que a sintomatologia depressiva e a depressão podem ser efetivamente prevenidas consistem em programas de educação para o otimismo em que se trabalham aspetos como o reconhecimento do pensamento catastrófico e a capacidade de o “disputar” (Gillham, Reivech, Jaycox & Seligman, 1995; Gillham & Reivich, 1999; Riskind, Sarampote, & Mercier, 1996; Seligman, Schulman, DeRubeis & Holton, 1999).

Seligman (1990) defende que os benefícios das intervenções psicoterapêuticas decorrentes da Terapia Cognitiva advêm exatamente do aumento do otimismo e diminuição do pessimismo que implica.

A título de conclusão final, podemos afirmar que é, de todo, impossível eliminar a ocorrência dos fatores de risco para a sintomatologia depressiva nos jovens adultos, mas os diversos agentes educativos podem e devem preparar e capacitar os jovens com recursos e ferramentas mais apropriadas e com atitudes mais confiantes e mais otimistas para lidarem com estas questões.

Referências bibliográficas

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Agudelo, D., Spielberger, C., D., & Buéla-Casal, G. (2005). *Validación y Adaption Castellana del Cuestionario de Depresión Estado/Rasgo ST/DEP*. Tesis Doctoral no publicada, Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Granada.
- Aherne, D. (2001). Understanding student stress: A qualitative approach. *Irish Journal of Psychology*, 22, 176-187.
- Algöwer, A., Wardle, J. & Steptoe, A. (2001). Depressive symptoms, social support, and personal health behaviors in young men and women. *Health Psychology*, 20(3), 223-227.
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Wayne, G., & Whitehouse, M. E. (1999). Depressogenic cognitive styles: Predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behaviour Research and Therapy*, 109, 503–531.
- Amaral, A. P. & Vaz Serra, A. (2010). Vulnerabilidade ao Stress, Circunstâncias Adversas e Estado de Saúde – Estudos Transversais. *Psiquiatria Clínica*, 31, (1), 5-12.

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e Estatísticas das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Angst, J. (1996). Comorbidity of mood disorders: a longitudinal prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 30 (Suppl.), 31-37.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teen through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-333.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561- 571.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1971). Cognition, affect, and psychopathology. *Archives of General Psychiatry*, 24, 495-500.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, R., Taylor, C. & Robbins, M. (2003). Missing home: Sociotropy and autonomy and their relationship to psychological distress and homesickness in college freshmen. *Anxiety, Stress and Coping*, 16, 155- 162.
- Birmaher, B., Ryan, N.D., Williamson, D.E., Brent, D.A., Kaufman, J., Dahl, R.E., Nelson, B. (1996). Childhood and Adolescent Depression: A Review of the Past 10 Years. Part I. *Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 1427-1439.
- Blanco, C., Okuda, M., Wright, C., Hasin, D.S., Grant, B.F., Liu, S-M., & Olfson, M. (2008). Mental Health of College Students and Their Non-College-Attending Peers. *Archives of General Psychiatry*, 65, 1429-1437. doi: 10.1001/archpsyc.65.12.1429.
- Bouteyre, E., Maurel, M. y Bernaud, J. (2007). Daily hassles and depressive symptoms among first year psychology students in France: The role of coping and social support. *Stress and Health*, 23, 93-99.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. III. Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *The American Psychologist*, 36(2), 129-148.
- Brisette, I., Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2002). The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 102-111.

- Brown, G. W. & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. New York: Free Press.
- Caldwell, T. M. et al. (2002). Patterns of association between alcohol consumption and symptoms of depression and anxiety in young adults. *Addiction*, 97 (5), 583-595.
- Calvete, E. (2005). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: El papel de los pensamientos automáticos. *Ansiedad y Estrés*, 11, 203-214.
- Campos, R. C. & Gonçalves, B. (2004). Alguns dados sobre a prevalência de sintomatologia depressiva na população universitária portuguesa. In C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves e V. Ramalho (Eds.), *Actas da X Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos* (pp. 50-53). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Carney, C., McNeish, S. y McColl, J. (2005). The impact of part time employment on students' health and academic performance: a Scottish perspective. *Journal of Further & Higher Education*, 29 (4), 307-319.
- Chang, E. C. (1998). Does dispositional optimism moderate the relation between perceived stress and psychological well-being: A preliminary investigation. *Personality and Individual Differences*, 25, 233-240.
- Chase-Lansdale, P. L. & Cherlin, A. J. (1995). The long-term effects of parental divorce on the mental health of young adults: a developmental perspective. *Child Development*, 66 (6), 1614-1634.
- Cheung, A., Kusumakar, V., Kutcher, S., Dubo, E., Garland, J., Weiss, M., Levitt, A. (2008). Maintenance study for adolescent depression. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 18, 389-394.
- Chioqueta, A.P., & Stiles, T.C. (2005). Personality traits and the development of depression, hopelessness, and suicide ideation. *Personality and Individual Differences*, 38, 1283-1291.
- Clark, L. A., Watson, D. & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 103-116.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*. New York: John Wiley.
- Coyne, J.C. y Gotlib, I.H. (1983). The role of cognition in depression: A critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 94, 472-505.
- Connor, M.J. (2003). Pupil stress and standard assessment tests (SATS): An update. *Emotional and Behavioural Difficulties*, 8, 101-107.
- Costa, P.T., & McCrae, R.R. (1980). Influences of extraversion and neuroticism on subjective well-being : Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 668-678.
- Cunha, Z. T. S. (2011). *O adoecer na Polineuropatia Amiloidótica Familiar: acontecimentos de vida, vulnerabilidade ao stress e factores psicopatológicos*. (Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto).

- Custódio, R.M.S. (2010). *Stress, Suporte Social, Optimismo e Saúde em Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico*. Tese de Doutoramento. Departamento de Ciências da Educação – Universidade de Aveiro, Aveiro. 301 pp.
- Custódio, S., Pereira, A. & Seco, G. (2009). Stress e estratégias de coping dos estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho. ISBN-978-972-8746-71-1
- Dahlin, M., Joneborg, N., & Runeson, B. (2005). Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Medical Education*, 39, 594-604.
- Dyson, R. & Renk, K. (2006). Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress and doping. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1231-1244.
- Dunn, J. y Whelton, W. J. (2006). Maladaptive perfectionism, hassles, coping, and psychological distress in university professors. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 511-523.
- D'Zurilla, Th. J., Sheedy, C. F. (1991). Relation between social problem-solving ability and subsequent level of psychological stress in college students. *Journal of Personality & Social Psychology*, 61 (5), 841-846.
- Edwards, K. J., (2001). Stress, negative social exchange and health symptoms in university students. *Journal of American College Health*, 50 (2), 75-80.
- Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Thomas.
- Eysenck, H.J., & Eysenck, M.W. (1985). *Personality and individual differences: A natural sciences approach*. New York: Plenum.
- Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Friis, R. H., et al., (2002). Life events and changes in the course of depression in Young adults. *European Psychiatry*, 17 (5), 241-253.
- Furr. S.R., Westefeld, J.S., McConnell, G.N., & Jenkins, J.M. (2001). Suicide and depression among college students: A decade later. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 97-100.
- Gallagher, M. & Millar, R. (1996). A survey of adolescent worry in Northern Ireland. *Pastoral Care in Education*, 14, 26-32.
- Gallant, M. P., & Connell, C. M. (2003). Neuroticism and depressive symptoms among spouse caregivers: Do health behaviors mediate this relationship? *Psychology and Aging*, 18, 587-592.
- Gilham, J. E., & Reivich, K. J. (1999). Prevention of depression in school children. *Psychological Science*, 10, 461 -462.
- Gilham, J. E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H., & Seligman, M. (1995). Prevention of depression in school children: Two year follow-up. *Psychological Science*, 6, 343-351.
- Gonçalves, O. F. & Cruz, J. F. (1988) A organização e implementação de serviços universitários de consulta psicológica e desenvolvimento humano. *Revista Portuguesa de Educação*, 1(1), 127-145.

- Gouveia, P. (1990). Factores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade de Coimbra.
- Guedes, M., Gameiro, S. & Canavarro, M. C. (2010). Experiências relacionais precoces, vulnerabilidade ao stress, estratégias de coping e adaptação à decisão e experiência de interrupção voluntária da gravidez. *Psicologia, Saúde e Doenças*, Vol.11, Nº2, 199-217.
- Guidano, V. F. (1991). Affective change events in a cognitive therapy system approach. In J. D. Safran & L. S. Greenberg (Eds.), *Emotion, psychotherapy and change*. New York: Guilford Press.
- Gusmão, R., Xavier, M., Heitor, M., Bento, A., Almeida, J. (2005). O peso das perturbações depressivas. Aspectos epidemiológicos globais e necessidades de informação em Portugal. *Acta Médica Porto*. 18: 129-146.
- Haas, B. W., Omura, K., Constable, R. T., & Canli, T. (2007). Emotional conflict and neuroticism: Personality-dependent activation in amygdala and subgenual anterior cingulate. *Behavioral Neuroscience*, 121, 249–256.
- Hall, L. A., (2004). Parental bonding: a key factor for mental health of college women. *Issues in Mental Health Nursing*, 25 (3), 277-291.
- Hernández, O., et al. (2010). Relación entre optimismo, creatividad y síntomas psicopatológicos, en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 8(3), 1151-1178.
- Hyman, S., Chisholm, D., Kessler, R., Patel, V. & Whiteford, H. (2006). Mental disorders. In D.T. Jamison, J.G. Breman, A.R. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. Evans, et al. (Cols.), *Disease control priorities in developing countries* (2nd ed., pp. 605-625). New York: Oxford University Press.
- Hysenbegasi, A., Hass, S.L., & Rowland, C.R. (2005). The impact of depression on the academic productivity of university students. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 8, 145-151.
- Hutchingson, J.G., & Williams, P. G. (2007). Neuroticism, daily hassles, and depressive symptoms: An examination of moderating and mediating effects. *Personality and Individual Differences*, 42, 1367-1378.
- Hutz, C. I. & Nunes, C.H.S. *Escala fatorial de ajustamento emocional/neuroticismo EFN*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jané-Llopis, E. (2006). Can we prevent depression? The state of art. *Clinical Neuropsychiatry*, 3, 3-5.
- Jarret, R., Minhajuddin, A., Borman, P., Dunlap, L., Segal, Z., Kidner, C., Friedman, E., Thase, M. (2012). Cognitive reactivity dysfunctional attitudes, and depressive relapse and recurrence in cognitive therapy responders. *Behavior Research and Therapy* 50. 280-286.
- Johnson, H. D., La Voie, J. C. y Mahoney, M. (2001). Interparental conflict and family cohesion: predictors of loneliness, social anxiety and social avoidance in late adolescence. *Journal of Adolescent Research*, 16 (3), 304-319.

- Kendler, K.S., Gatz, M., Gardiner, C.O., & Pedersen, N.L. (2006). Personality and major depression: A Swedish longitudinal, population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1113-1120.
- Kessler, R.C., & Walters, E. (1998) Epidemiology of DSM-III-R major depression and minor depression among adolescents and young adults in the National Comorbidity Survey. *Depression and Anxiety*, 7, 3-14. doi: 10.1002/(SICI)1520-6394(1998)7:1<3::AID-DA2>3.0.CO; 2-F.
- Kessler, R.C., Walters, E., & Forthofer, M.S. (1998). The social consequences of psychiatric disorders, III: Probability of marital stability. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1092-1096.
- Klein, D., et al. (2005). Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of a community sample of mothers and fathers with major depression. *Psychological Medicine*, 35 (3), 353-365.
- Kohn, R., Levav, I., Caldas, J., Vicente, B, Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J., Saxena, S., & Saraceno, S. (2005). Los trastornos mentales en América Latina *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health*, 18(4/5), 229-240.
- Kronström, K., Karlsson, H., Nabi, H , T Oksanen, T , Salo, P., Sjösten, N., Virtanen, M., Pentti, J ., Kivimäki , M Vahtera , J. (2011). Optimism and pessimism as predictors of work disability with a diagnosis of depression: A prospective cohort study of onset and recovery. *Journal of Affective Disorders* 130 294–299
- Kuiper, N.A., & Olinger, L.J. (1986). Dysfunctional attitudes and a self-worth contingency model of depression. In P.C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 5, pp. 115-142). New York: Academic Press.
- Lahey, B.B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64, 241-256.
- Larsen, R. J., & Diener, E. (1987). Affect intensity as an individual difference characteristic. A review. *Journal of Research in Personality*, 21, 1-39.
- Lawyer, S. R., Kart, R. S., Murphy, J. G., McGlynn, F. (2002). Heavy drinking among college students is influence by anxiety sensitivity, gender, and contexts for alcohol use. *Journal of Anxiety Disorders*, 16 (2), 165-169.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lee, S.A. (2009). Does empathy mediate the relationship between neuroticism and depressive symptomatology among college students? *Personality and individual Differences*, 47, 429-433.
- Lee, R. M.; Su, J. y Yoshida, E, (2005). Coping with intergeneracional family conflict among asian american college students. *Journal of Couselling Psychology*, 25 (3), 389-399.
- Lewinsohn, P.M., Olino, Th.M. & Klein, D., (2005). Psychosocial impairment in offspring of depressed parents. *Psychological Medicine*. 35 (10), 1493-1503.

- Lima, M.P. & Simões, A. (1995). “Inventário de Personalidade NEO-PI-R”. In: L. Almeida; M. Simões & M. Gonçalves (Eds), *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 133-149). Braga: APPORT.
- Lizardi, H. (2004). Psychopathology in the adolescent and young adult offspring of parents with dysthymic disorder and major depressive disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*. 192 (3), 193-199.
- Luz, A., Castro, A., Couto, D., Santos, L., & Pereira, A. (2009). Stress e percepção do rendimento académico no aluno do ensino superior. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho. ISBN-978-9728746-71-1
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory and research* (pp. 66-104). Monographs of the Society for Research in Child Development, 50, Serial No.209.
- Magalhães, E., Portela, M., Oliveira, P., Salgueira., Costa, M. (2009). Personalidade, Género e Desempenho Académico: um estudo com estudantes de medicina portugueses. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho.
- Malouff, J., Thorsteinsson, E., & Schutte, N. (2005). The Relationship Between the Five-Factor Model of Personality and Symptoms of Clinical Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114. doi: 10.1007/s10862-005-5384-y
- Martins, S., & Ramalho, V., *Actas da XIII Conferência internacional de avaliação psicológica: Formas e Contextos*. (CD-ROM). Braga: Psiquilíbrios. (ISBN: 978-989-95522-6-5).
- Mathers, C.D., & Loncar, D. (2006). Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLOS MEDICINE*, 3, e442. doi: 10.1371/journal.pmed.0030442.
- Matta, A., Bizarro, L., Reppold, C. (2009). Crenças irracionais, ajustamento psicológico e satisfação de vida em estudantes universitários. *Psico, USF*, v. 14, n. 1, p. 71-81, Jan./Abr.
- Miranda, J., & Persons, J. B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 76-79.
- Monteiro, M.S.O. (2008). *Optimismo e Vinculação na Transição para o Ensino Superior: relação com a sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico*. Tese de Doutoramento. Departamento de Ciências da Educação – Universidade de Aveiro, Aveiro. 456 pp.
- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. (2006a). Estudo das características psicométricas da escala de medida de manifestação de bem-estar. In I. Leal, J. L. Ribeiro, & S. N. Jesus (Eds.), *Actas do 6.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Bem-Estar e Qualidade de Vida* (pp. 53-58). Lisboa: ISPA Edições.

- Monteiro, S., Tavares, J., & Pereira, A. M. S. (2008). Optimismo disposicional, sintomatologia psicopatológica, bem-estar e rendimento académico em estudantes do primeiro ano do ensino superior. *Estudos de Psicologia*, 13(1), 23-29
- Monterio, S., Tavares, J., Pereira, A. M. S., & Silva, C. F. (2008). Contribuição para a análise psicométrica e estrutural do Life Orientation Test-Revised numa amostra de estudantes universitários. In Noronha, A. P., Machado, C., Almeida, L., Gonçalves, M., Martins, S., & Ramalho, V., *Actas da XIII Conferência internacional de avaliação psicológica: Formas e Contextos*. (CD-ROM). Braga: Psiquilíbrios. (ISBN: 978-989-95522-6-5).
- Moos, R. H. (1976) *Human adaption: Coping with life crises*. Lexington, MA: Health.
- Nettle, D (2004). Evolutionary origins of depression: a *review and reformulation*. *Journal of Affective Disorders*, 81, 91-102.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B.E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- Nunes, C. H. S. S. (2000). A construção de um instrumento de medida para o fator neuroticismo /estabilidade emocional dentro do modelo de personalidade dos cinco grandes fatores. Dissertação não publicada, UFRGS, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, RS.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001:Saúde mental: Nova concepção, nova esperança*. Genebra: OMS.
- Ormel, J., Rosmalen, J., & Farmer, A. (2004). Neuroticism: A non-informative marker of vulnerability to psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 906–912.
- Otto, M. W., Teachman, B. A., Cohen, L. S., Cohen, C. N., Vitonis, A. F., & Harlow, B. L.(2007). Dysfunctional attitudes and episodes of major depression: predictive validity and temporal stability in never-depressed, depressed, and recovered women. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 475e483.
- Overbeek, G., et al. (2003) Young adults' relation ship transition and the incidence of mental disorders: a three-wave longitudinal study. *Social Psychiatry & Epidemiology*. 38 (12), 669-676.
- Panachev, V. (2005). Research on the factors of college students´ healthy way of life. *Russian Education and Society*, 47(8), 76-79.
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 19, 2-22.
- Pereira, A. (2009). *Análise de depressão e ansiedade nos alunos do ensino superior: comparação com um estudo do curso de radiologia*. Radiologia Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Castelo Branco.
- Persons, J. B., & Miranda, J. (1992). Cognitive theories of vulnerability to depression: reconciling negative evidence. *Cognitive Therapy and Research*, 16(4), 485e502.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo

- Pettit, J.W., & Joiner, T.E. (2006). *Chronic Depression: Interpersonalsources, therapeutic solutions*. Washington, DC: American Psychological Association
- Pillay, A.L., Edwards, S.D., Gambu, S.Q., & Dhlomo, R.M. (2002). Depression among university students in South Africa. *Psychological Reports*, 91, 725-728.
- Ponciano, E.; Cardoso, I. & Pereira, A. (2004). Adaptação de uma versão experimental em língua portuguesa do Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) em estudantes do Ensino superior. In A. Pereira & Decq Motta (eds): *Acção social e aconselhamento psicológico no ensino superior e intervenção*. Coimbra: SASUC, pp. 329-337.
- Putwain, D. (2007). Researching academic stress and anxiety in students: *Some methodological considerations*. *British Educational Research Journal*, 33, 207-219.
- Rehm, L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- Reilly-Harrington, N., Alloy, L., Fresco, D. y Whitehouse, W. (1999). Cognitive styles and life events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 567-578.
- Riskind, J. H., Sarampote, C. S., & Mercier, M. A. (1996). For every malady a sovereign cure: Optimism training. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 10, 105-117.
- Roberts, R. Y Goldgin, J. (1999). The effects of economic circumstances on British Student mental and physical health. *Journal of American College Health*. 48 (3), 103-110.
- Roberts, B. W., & Mroczek, D. (2008). Personality change in adulthood. *Current Directions in Psychological Science*, 17, 31-35.
- Robins, C. J., & Luten, A.G. (1991). Sociotropy and Autonomy: Differential patterns of clinical presentation in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 74-77.
- Roelofs, j., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., & Os, J.V. (2008). Rumination and worrying as possible mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1283-1289.
- Rubio, Ch. T., y Lubin, B. (1986). Collage student mental health: a person-environment interactional analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 42 (1), 205-212.
- Rutter, M. (1988). Functions and consequences of relationships: Some psychopathological considerations. In R. A. Hinde & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *Relationships within families – mutual influences* (pp. 332-353). Oxford: Oxford University Press.
- Rutter, M. (1995). Clinical implications of attachment concepts: Retrospect and prospect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 549-571.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2004). *Kaplan and Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry* (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Safran, J. D., & Segal, Z. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.

- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2002). Optimism, pessimism, and psychological well-being. In C. Chang (Org.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (189-216). Washington: American Psychological Association.
- Schulman, P. (1995). Explanatory style and achievement in school and work. In G. M. Buchanan & M. E. P. Seligman (Orgs.), *Explanatory style* (159-171). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Scott, J. (1996). Cognitive therapy of affective disorders: A review. *Journal of Affective Disorders*, 37(1), 1-11.
- Seibel, F. L. y Brad, J. W. (2001). Parental control, trait anxiety and satisfaction with life in college students. *Psychological Reports*, 88 (2), 473-481.
- Seligman, M.E. (1975). *Helplessness: On Depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M. (1990). *Learned Optimism*. New York: Knopf.
- Seligman, M., Schulman, P., DeRubeis, R. J., & Hollon, S. D. (1999). The prevention of depression and anxiety. *Prevention & Treatment*, 2(1). Retirado a 22 de Junho de 2012 de <http://journals.apa.org/prevention/volume2/pre0020008a.html>.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Smith, R. E. Smoll, F. L. & Ptacek, J. T. (1990). Conjunctive moderator variables in vulnerability and resiliency research: life stress, social support and coping Skills, and adolescents sports injuries. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(2), 360-370.
- Sperling, M. B., & Lyons, L. S. (1994). Representations of attachment and psychotherapeutic change. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Ed.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 331-347). New York: Guilford Press.
- Spielberger, C., & Reheiser, E. (2003). Measuring Anxiety, Anger, Depressión, and Curiosity as emotional states and personality traits with the STAI, STAXI, and STPI. En M. Hersen, M. J. Hilsenroth, & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychological Assessment*, Vol 2, Personality Assement. (pp. 70-86). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Tan, S., y Rey, J. (2005). Depression in the young, parental depression and parenting stress. *Australian Psychiatry*, 13 (1), 76-79.
- Tartakovsky, Margarita (2008): “Distúrbios de depressão e ansiedade em estudantes universitários”; <http://psychcentral.com/lib/2008/depression-and-Anxiety-AmongCollege Students/>.

- Taube-Schiff, M., & Lan, M.A. (2008). Major depressive disorder. In M. Hersen (Ed.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment* (Vol. 1, pp. 319-351). New York: John Wiley & Sons.
- Tavecchio, L. W. C., Thomer, M. A. E. y Meeus, W. (1999). Attachment, social network ad homelessness in young people. *Social Behavior & Personality: An international Journal*, 27 (3), 247-263.
- Thomas, J. and Altareb, B. (2012), Cognitive vulnerability to depression: An exploration of dysfunctional attitudes and ruminative response styles in the United Arab Emirates. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85: 117–121. doi: 10.1111/j.2044-8341.2011.02015.
- Tomoda, A., Mori, K., Kimura, M., Takahashi, T., & Kitamura, T. (2000). One-year prevalence and incidence of depression among first-year university students in Japan: a preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 54, 583-588.
- Tosevski, D.L., Milovancevic, M.P., & Gajic, S.D. (2010). Personality and psychopathology of university students. *Current Opinion in Psychiatry*, 23, 48-52.
- US Department of Education (2009). *The Condition of Education 2009*. Washington, DC: National Center for Education Statistics, Institute of Education Sciences.
- Valentier, D. Mounts, N. S. y Deacon, B. J. (2004). Panic attacks, depression and anxiety syntoms, and substance use behaviors during late adolescence. *Journal of Anxiety Disorders*, 18 (5), 573-585.
- Vázquez, C. (1986). Escalas evaluadoras de la depresión: limitaciones conceptuales y metodológicas. *Psicología general y Aplicada*, 41, 101-113.
- Vásquez, C. & Ring, J. M. (1993). Altered cognitions in depression: are dysfunctional attitudes stable? *Personality and Individual Differences*, Vol.15, Nº 4, 475-479.
- Vázquez, F.L. & Blanco, V. (2008). Prevalence of DSM-IV Major Depression Among Spanish University Students. *Journal of American College Health*, 57, 165-171.
- Vaz Serra, A. (2000b). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23QVS – “*Psiquiatria Clínica*, 20 (4): 279 – 308.
- Veiga, J. A. L. (2011). *Vulnerabilidade ao stress, depressão e agressividade nas forças policiais*. Tese de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa
- Verger, P., Combes, J-B., Kovess-Masfety, V., Choquet, M., Guagliardo, V., Rouillon, F., & Peretti-Wattel, P. (2009). *Psychological distress in first year university students: socioeconomic and academic stressors, mastery and social support in young men and women. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 643-650. doi: 10.1007/s00127-008-0486-y.
- Wang, P., Simon, G.E., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E.J., McCulloch, J., Kessler, R.C. (2007). Telephone screening, outreach, and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes-a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 298, 1401-1411.
- Ward, C. H., Beck, A. T. & Rascoe, E. (1961). Typical dreams. *Archives of General Psychiatry*, 5, 606-615.

- Watson, D., & Clark, L.A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96, 465-490.
- Weissman, M.M. y Beck, A.T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale*. Poster presentado en el Encuentro de la Association for Advancement of Behavior Therapy. Chicago.
- Weitzman, E. R. (2004). Poor mental, depression and associations with alcohol consumption, harm, and abuse in a national sample of young adults in college. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 192 (4), 269-277.
- Wells, V.E., Klerman, G.K., & Deykin, E.Y. (1987). The prevalence of depressive symptoms in college students. *Social Psychiatry*, 22, 20-28.
- West, M. L. & Sheldon-Keller, A. E. (1994b). Psychotherapy strategies for insecure attachment in personality disorders. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 313-329). New York: Guilford Press.
- Wilbert, J. R. & Rupert, P. A. (1986). Dysfunctional attitudes, loneliness, and depression in college students. *Cognitive Therapy and Research*, Vol.10, N° 1, 71-77
- Wong, J., Cheung, E., Chan, K., Ma, K., & Tang, S . (2 0 0 6) . W e b - b a s e d s u r v e y o f d e p r e s s i o n , anxiety and stress in first-year tertiary education students in Hong Kong. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 777-782.
- Zimmermann, P. et al. (2003). Primary anxiety disorders and development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, 33 (7), 1211-22.

Anexos

Anexo I

Protocolo de Avaliação

Questionário Sociodemográfico

Idade: _____

Sexo: ☐ feminino ☐ masculino

Estado Civil: _____

Instituição de ensino que frequenta: _____

Curso: _____

Ano: _____

Ciclo de estudos: ☐ 1º ciclo (licenciatura)

☐ 2º ciclo (mestrado)

☐ 3º ciclo (doutoramento)

☐ Pós-graduação

Professa alguma religião:

Grau de crença na religião (1 muito pouco – 5 muitíssimo)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Encontra-se satisfeito com a sua imagem corporal

☐ Sim ☐ Não

Grau de satisfação com a sua imagem corporal (1 muito pouco – 5 muitíssimo)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Qual o grau de satisfação que considera ter com os seus relacionamentos sociais (amigos/colegas/...)? (1 muito pouco – 5 muitíssimo)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Como passa o seu tempo livre?

☐ A maior parte do tempo sozinho

☐ A maior parte do tempo com a família

☐ A maior parte do tempo com amigos

☐ A maior parte do tempo com família e amigos

Já alguma vez teve problemas psicológicos ou psiquiátricos?

☐ Sim ☐ Não

Recebeu ajuda para esses problemas?

BDI-II

(Beck, 1971, versão portuguesa: Ponciano et al, 2004)

Instruções: Este questionário é constituído por 21 grupos de afirmações. Leia cuidadosamente cada grupo e escolha a frase, apenas uma frase, em cada grupo que melhor descreve a maneira como se tem sentido nos últimos dias, semanas, incluindo hoje. Assinale junto da afirmação que escolheu. Se várias afirmações, no mesmo grupo, lhe parecerem igualmente adequadas assinale o algarismo mais elevado para esse grupo. Verifique se só respondeu a uma afirmação em cada grupo, incluindo o grupo 16 (Alterações do Padrão do Sono) ou grupo 18 (Alterações do Apetite)

1. Tristeza

- 0 Não me sinto triste
- 1 Sinto-me triste a maior parte do tempo
- 2 Estou sempre triste
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar

2. Pessimismo

- 0 Não estou desanimado quanto ao futuro
- 1 Sinto-me mais desanimado quanto ao futuro do que habitualmente
- 2 Não tenho esperança que as coisas se resolvam para mim
- 3 Não tenho esperança no meu futuro e penso que só pode piorar

3. Fracasso

- 0 Não me sinto um fracasso
- 1 Falhei mais do que devia
- 2 Quando olho para trás o que vejo é um monte de fracassos
- 3 Acho que, como pessoa, sou um fracasso

4. Perda de Prazer

- 0 Tiro prazer das coisas de que gosto como sempre tirei
- 1 Não tiro prazer das coisas como costumava tirar
- 2 Tiro muito pouco prazer das coisas de que costumava gostar
- 3 Não consigo tirar nenhum prazer das coisas de que costumava gostar

5. Sentimentos de Culpa

- 0 Não me sinto particularmente culpado
- 1 Sinto-me culpado por muitas coisas que fiz ou que deveria ter feito
- 2 Sinto-me culpado na maior parte do tempo
- 3 Sinto-me permanentemente culpado

6. Sentimentos de Punição

- 0 Não acho que esteja a ser punido
- 1 Acho que posso ser punido
- 2 Estou à espera de ser punido
- 3 Acho que estou a ser punido

7. Auto-Depreciação

- 0 Sinto o que sempre senti em relação a mim mesmo
- 1 Perdi a confiança em mim mesmo
- 2 Estou decepcionado comigo mesmo
- 3 Não gosto de mim

8. Auto- Crítica

- 0 Não me critico ou culpo mais do que o habitual
- 1 Sou mais crítico comigo do que costumava ser
- 2 Critico-me por todas as minhas faltas
- 3 Culpo-me por tudo o que de mal me acontece

9. Pensamentos ou Desejos Suicidas

- 0 Não tenho quaisquer ideias de me matar
- 1 Tenho ideias de me matar, mas não as executaria
- 2 Gostaria de me matar
- 3 Matava-me se tivesse oportunidade

10. Choro

- 0 Não choro mais do que o costume
- 1 Choro mais do que costumava
- 2 Choro por pequenas coisas
- 3 Sinto vontade de chorar mas não consigo

11. Agitação

- 0 Não estou mais inquieto ou agitado do que o costume
- 1 Sinto-me mais inquieto do que o costume
- 2 Estou tão inquieto ou agitado que é difícil manter-me quieto
- 3 Estou tão inquieto ou agitado que tenho de estar constantemente a mexer-me ou a fazer alguma coisa

12. Perda de Interesse

0 Não perdi o interesse por outras pessoas ou actividades

1 Estou menos interessado noutras pessoas ou coisas do que costumava estar

2 Perdi a maior parte do interesse por outras pessoas ou coisas

3 É difícil interessar-me por qualquer outra coisa

13. Incapacidade de Decidir

0 Tomo tão bem decisões como sempre

1 Acho mais difícil tomar decisões do que o costume

2 Tenho muito mais dificuldade em tomar decisões do que costumava ter

3 Tenho dificuldade em tomar decisão

14. Falta de valor pessoal

0 Sinto-me que não sou um inútil

1 Não me considero tão valioso como antes

2 Sinto-me inútil quando me comparo com outras pessoas

3 Sinto-me completamente inútil

15. Perda de energia

0 Tenho tanta energia como sempre tive

1 Tenho menos energia do que costumava ter

2 Não tenho energia suficiente para fazer grande coisa

3 Não tenho energia suficiente para fazer qualquer coisa, seja o que for

16. Alterações do Padrão do Sono

0 Não sofri nenhuma alteração do meu padrão de sono

1a Durmo um pouco mais que o habitual

1b Durmo um pouco menos que o habitual

2a Durmo bastante menos que o habitual

2b Durmo bastante mais que o habitual

3a Durmo a maior parte do dia

3b Acordo 1 a 2 horas mais cedo e não consigo voltar a adormecer

17. Irritabilidade

0 Não ando mais irritável do que o costume

1 Ando mais irritável do que o costume

2 Ando muito mais irritável do que o costume

3 Ando permanentemente irritável

18. Alterações do Apetite

0 Não notei nenhuma mudança no meu apetite

1a Tenho um pouco menos de apetite do que o costume

1b Tenho um pouco mais de apetite do que o costume

2a Tenho muito menos apetite do que antes

2b Tenho muito mais apetite do que antes

3a Não tenho apetite nenhum

3b Tenho um desejo constante de comer

19. Dificuldade de Concentração

0 Consigo concentrar-me tão bem como sempre

1 Não consigo concentrar-me tão bem como de costume

2 É difícil manter a minha atenção, nalguma coisa, por muito tempo

3 Noto que não me consigo concentrar em nada

20. Cansaço ou Fadiga

0 Não estou mais cansado ou fatigado do que o costume

1 Canso-me ou fatigo-me mais do que o costume

2 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer muitas das coisas que costumava fazer

3 Estou demasiado cansado ou fatigado para fazer a maior parte das coisas que costumava fazer

21. Perda de interesse em Sexo

0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo

1 Estou menos interessada por sexo do que costumava

2 Estou muito menos interessado por sexo, agora

3 Perdi completamente o interesse por sexo

Disfunctional Attitudes Scale

(DAS; Weissman & Beck, 1978; versão portuguesa: Pinto Gouveia, 1990)

Instruções: Este inventário é composto por um conjunto de diferentes atitudes e crenças que as pessoas podem ter. Leia atentamente cada uma das afirmações que se seguem e decida até que ponto concorda ou discorda das mesmas.

Para cada uma das atitudes, assinale a sua resposta com um X na coluna que acha descrever melhor a sua forma de pensar.

Para mostrar em que medida concorda ou discorda com cada uma das afirmações, as colunas onde deve dar a sua resposta representam vários graus de concorrência que vão desde o “concordo completamente” até ao “discordo totalmente”.

Certifique-se de que só escolheu uma resposta para cada atitude.

Porque as pessoas são diferentes, não há respostas certas ou erradas. Procure pois responder verdadeira, espontânea e rapidamente a cada questão.

Ao decidir se uma atitude é típica da sua maneira habitual de encarar as coisas, lembre-se como você as encara a maior parte das vezes, isto é, a sua maneira de ser habitual e não o seu estado de espírito de momento.

Atitudes	Concordo totalmente	Concordo muito	Concordo moderadamente	Neutro (Não concordo nem discordo)	Discordo moderadamente	Discordo muito	Discordo totalmente
Lembre-se que deve responder consoante a maneira como habitualmente pensa.							
1. É difícil ser-se feliz se não se for bonito, inteligente, rico e criativo							
2. A felicidade depende mais da minha atitude em relação a mim mesmo, do que aquilo que os outros sentem em relação a mim							
3. As pessoas terão provavelmente pior impressão de mim se eu cometer um erro							
4. Se eu não actuar sempre correctamente, os outros não me respeitarão							
5. É asneira correr um risco por pequeno que seja, porque se as coisas correrem mal as consequências podem ser desastrosas							
6. É possível obter o respeito dos outros mesmo sem se ser especialmente dotado no que quer que seja							
7. Não me posso sentir feliz, se a maioria das pessoas que eu conheço não me admirar							

8. Pedir ajuda é um sinal de fraqueza							
9. Se eu não fizer as coisas tão bem como os outros, é porque sou inferior							
10. Se eu falhar no meu trabalho, sou um falhado como pessoa							
11. Só vale a pena fazer aquilo que temos a certeza de fazer bem							
12. É proveitoso cometer erros, porque posso aprender com eles							
13. Quando alguém discorda de mim é porque provavelmente não gosta de mim							
14. Se eu falhar parcialmente isso é tão mau como se falhasse totalmente							
15. Se os outros souberem como você realmente é, terão pior impressão de si							
16. Eu não sou nada, se a pessoa que eu amo não me amar							
17. Podemos ter prazer numa actividade, independentemente do seu resultado final							
18. As pessoas devem sentir que têm uma probabilidade de sucesso no que vão tentar antes de começarem							
19. O meu valor como pessoa depende em grande parte daquilo que os outros pensam de mim							
20. Se eu não for exigente comigo próprio, provavelmente acabarei como uma pessoa medíocre							
21. Para ser uma pessoa válida, tenho que ser “verdadeiramente bom” em alguma coisa							
22. As pessoas com boas ideias valem mais do que os outros							
23. Se cometer um erro deverei ficar aborrecido							
24. O que eu penso acerca de mim próprio é mais importante do que as opiniões dos outros							
25. Para ser uma pessoa com bons princípios morais, devemos ajudar toda a gente que precisa							
26. Fazer perguntas faz-me parecer inferior							
27. É horrível ser criticado por pessoas que são importantes para nós							
28. Se não temos pessoas que nos apoiam, estamos condenados a sermos infelizes							
29. Consigo alcançar objectivos importantes, sem ter que trabalhar como um escravo							
30. É possível ser repreendido sem ficar aborrecido							
31. Não posso confiar nos outros porque eles podem ferir-me							
32. Se os outros não gostam de nós, não nos podemos sentir felizes							
33. Para poder agradar aos outros, é melhor desistir dos nossos interesses							
34. A minha felicidade depende mais dos outros do que de mim							
35. Não preciso da aprovação dos outros para ser feliz							
36. Se uma pessoa evitar os problemas, eles tendem a							

desaparecer							
37. Consigo ser feliz, mesmo que não goze algumas das coisas boas que a vida tem							
38. É muito importante aquilo que os outros pensam a meu respeito							
39. Estar só conduz à infelicidade							
40. Posso conseguir ser feliz, sem ser amado por outra pessoa							

NEO-FFI

Lima & Simões (2000)

Discordo Fortemente	Discordo	Neutro	Concordo	Concordo Fortemente				
0	1	2	3	4				
				0	1	2	3	4
1. Não sou uma pessoa preocupada.								
2. Gosto de ter muita gente à minha volta.								
3. Não gosto de perder tempo a sonhar acordado(a).								
4. Tento ser delicado com todas as pessoas que encontro.								
5. Mantenho as minhas coisas limpas e em ordem.								
6. Sinto-me muitas vezes inferior às outras pessoas.								
7. Rio facilmente.								
8. Quando encontro uma maneira correcta de fazer qualquer coisa não mudo mais.								
9. Frequentemente arranjo discussões com a minha família e colegas de trabalho.								
10. Sou bastante capaz de organizar o meu tempo de maneira a fazer as coisas dentro do prazo.								
11. Quando estou numa grande tensão sinto-me, às vezes, como se me estivessem a fazer em pedaços.								
12. Não me considero uma pessoa alegre.								
13. Fico admirado(a) com os modelos que encontro na arte e na natureza.								
14. Algumas pessoas pensam que sou invejoso(a) e egoísta.								
15. Não sou uma pessoa muito metódica (ordenada).								
16. Raramente me sinto só ou abatido(a).								

17. Gosto muito de falar com as outras pessoas.					
18. Acredito que deixar os alunos ouvir pessoas, com ideias discutíveis, só os pode confundir e desorientar.					
19. Preferia colaborar com as outras pessoas do que competir com elas.					
20. Tento realizar, conscienciosamente, todas as minhas obrigações.					
21. Muitas vezes sinto-me tenso(a) e enervado(a).					
22. Gosto de estar onde está a acção.					
23. A poesia pouco ou nada me diz.					
24. Tendo a ser descrente ou a duvidar das boas intenções dos outros.					
25. Tenho objectivos claros e faço por atingi-los de uma forma ordenada.					
26. Às vezes sinto-me completamente inútil.					
27. Normalmente prefiro fazer as coisas sozinho(a).					
28. Frequentemente experimento comidas novas e desconhecidas.					
29. Penso que a maior parte das pessoas abusa de nós, de as deixarmos.					
30. Perco muito tempo antes de me concentrar no trabalho.					
31. Raramente me sinto amedrontado(a) ou ansioso(a).					
32. Muitas vezes, sinto-me a rebentar de energia.					
33. Poucas vezes me dou conta da influência que diferentes ambientes produzem nas pessoas.					
34. A maioria das pessoas que conheço gostam de mim.					
35. Trabalho muito para conseguir o que quero.					
36. Muitas vezes aborrece-me a maneira como as pessoas me tratam.					
37. Sou uma pessoa alegre e bem disposta.					
38. Acredito que devemos ter em conta a autoridade religiosa quando se trata de tomar decisões respeitantes à moral.					
39. Algumas pessoas consideram-me frio(a) e calculista.					
40. Quando assumo um compromisso podem sempre contar que eu o					

cumpra.					
41. Muitas vezes quando as coisas não me correm bem perco a coragem e tenho vontade de desistir.					
42. Não sou um(a) grande optimista.					
43. Às vezes ao ler poesia e ao olhar para uma obra de arte sinto um arrepio ou uma onda de emoção.					
44. Sou inflexível e duro(a) nas minhas atitudes.					
45. Às vezes não sou tão seguro(a) ou digno(a) de confiança como deveria ser.					
46. Raramente estou triste ou deprimido(a).					
47. A minha vida decorre a um ritmo rápido.					
48. Gosto pouco de me pronunciar sobre a natureza do universo e da condição humana.					
49. Geralmente procuro ser atencioso(a) e delicado(a).					
50. Sou uma pessoa aplicada, conseguindo sempre realizar o meu trabalho.					
51. Sinto-me, muitas vezes, desamparado(a), desejando que alguém resolva os meus problemas por mim.					
52. Sou uma pessoa muito activa.					
53. Tenho muita curiosidade intelectual.					
54. Quando não gosto das pessoas faço-lhe saber.					
55. Parece que nunca consigo ser organizado(a).					
56. Já houve alturas em que fiquei tão envergonhado(a) que desejava meter-me num buraco.					
57. Prefiro tratar da minha vida a ser chefe das outras pessoas.					
58. Muitas vezes dá-me prazer brincar com teorias e ideias abstractas.					
59. Se for necessário não hesito em manipular as pessoas para conseguir aquilo que quero.					
60. Esforço-me por ser excelente em tudo o que faço.					

23 QVS – Questionário de Vulnerabilidade ao Stress

(A. Vaz Serra, 2000)

Instruções: Cada uma das questões que a seguir é apresentada serve para avaliar a sua maneira de ser habitual. Não há respostas certas ou erradas. Há apenas a *sua* resposta. Responda de forma rápida, honesta e espontânea.

Assinale com uma cruz (x) no respetivo ☐ aquela que se aproxima mais do modo como se comporta ou daquilo que realmente lhe acontece.

	Concordo em absoluto	Concordo bastante	Nem concordo nem discordo	Discordo bastante	Discordo em absoluto
1. Sou uma pessoa determinada na resolução dos meus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em me relacionar com pessoas desconhecidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando tenho problemas que me incomodam posso contar com um ou mais amigos que me servem de confidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Costumo dispor de dinheiro suficiente para satisfazer as minhas necessidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Preocupo-me facilmente com os contratempos do dia-a-dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Quando tenho um problema para resolver usualmente consigo alguém que me possa ajudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. Dou e recebo afecto com regularidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. É raro deixar-me abater pelos acontecimentos desagradáveis que me ocorrem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Perante as dificuldades do dia-a-dia sou mais para me queixar do que para me esforçar para os resolver | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Sou um indivíduo que se enerva com facilidade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Na maior parte dos casos as soluções para os problemas importantes da minha vida não dependem de mim | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Quando me criticam tenho tendência a sentir-me culpabilizado | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. As pessoas só me dão atenção quando precisam que faça alguma coisa em seu proveito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Dedico mais tempo às solicitações das outras pessoas do que às minhas próprias necessidades | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Prefiro calar-me do que contrariar alguém no que está a dizer, mesmo que não tenha razão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Fico nervoso e aborrecido quando não me saio tão bem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

quanto esperava a realizar as
minhas tarefas

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 17. Há em mim aspectos desagradáveis que levam ao afastamento das outras pessoas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Nas alturas oportunas costumo exprimir abertamente aquilo que sinto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Fico nervoso e aborrecido se não obtenho de forma imediata aquilo que quero | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Sou um tipo de pessoa que, devido ao sentido de humor, é capaz de se rir dos acontecimentos desagradáveis que lhe ocorrem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. O dinheiro de que posso dispor mal me dá para as despesas essenciais | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Perante os problemas da minha vida sou mais para fugir do que para lutar | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Sinto-me mal quando não sou perfeito naquilo que faço | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

Life Orientation Test Revised

(LOT-R; Scheier, Carver, & Bridges, 1994; versão portuguesa: Monteiro, Tavares, & Pereira, 2006)

Instruções: Por favor seja o mais honesto e preciso possível. Tente que a sua resposta a uma questão não influencie as suas respostas às outras questões. Não existem respostas certas ou erradas. Responda de acordo com os seus sentimentos, mais do que de acordo com o que acha que a maioria das pessoas iria responder. Para cada afirmação escolha uma das seguintes alternativas.

	Concordo	Concordo pouco	Neutro (Não concordo)	Discordo	Discordo
1. Para mim, é fácil relaxar					
2. Sou sempre optimista em relação ao meu futuro					
3. Gosto muito dos meus amigos					
4. É importante para mim manter-me ocupado					
5. Quase nunca espero que as coisas corram como eu quero					
6. Não me preocupo muito facilmente					
7. Raramente espero que coisas boas me aconteçam					
8. Em geral, espero que mais coisas boas me aconteçam do que más					

Anexo II

Consentimento informado para utilização das escalas



Caro Professor Doutor,

O meu nome é Raquel Relvas e sou aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade de Aveiro. Sob orientação da Professora Doutora Sara Monteiro, estou a desenvolver um projeto de investigação que pretende sinalizar jovens adultos em risco para o desenvolvimento de depressão, através da aplicação de uma bateria de questionários.

Assim, gostaríamos de solicitar ao Sr. Professor permissão para utilizar ... no nosso estudo.

Agradeço a atenção dispensada.

Com os melhores cumprimentos,

Raquel Relvas